FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

296

ANNÉE 1912

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert ISTRIA

COMMENT TRAITER

LES

RUPTURES DE L'UTÉRUS

SURVENANT PENDANT LE TRAVAIL ?

Président : M. BAR, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR CHARLES ISTRIA

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON BEAU-FRÈRE
LE DOCTEUR LOUIS RIGAL

A MES PARENTS

A MES AMIS

P. Istria
29274

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Accoucheur des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE PROFESSEUR G. POUCHET

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

À MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD

Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER

Médecin de l'hôpital Tenon
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

(Hôpital Cochin)

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

(Hôpital Tenon)

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

(Hôpital de la Charité)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

(Hôpital Beaujon)

Externat 1906-1912 :

MONSIEUR LE DOCTEUR GOSSET

(Consultation de Chirurgie de Necker)

MONSIEUR LE DOCTEUR RENAULT

(Hôpital Cochin annexe)

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

(Hôpital des Enfants-Malades)

MONSIEUR LE DOCTEUR RIEFFEL

(Hôpital Trousseau)

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER

(Hôpital Tenon)

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD

(Maternité des Hôpitaux Saint-Louis et Lariboisière)

A MESSIEURS LES DOCTEURS WIART
COLLINET, LUTIER, H. DUCLAUX
M. MÉNARD, POULIOT, DÉVÉ

COMMENT TRAITER

LES

RUPTURES DE L'UTÉRUS

SURVENANT PENDANT LE TRAVAIL ?

INTRODUCTION

Les ruptures de l'utérus furent, pendant longtemps, considérées comme presque toujours mortelles.

Le professeur Depaul disait qu'il avait bien souvent vu se produire ce redoutable accident mais qu'il n'avait jamais eu le plaisir d'enregistrer un cas de guérison.

C'est en raison même de la gravité foudroyante de ses conséquences que la rupture utérine était regardée comme un accident imprévu en face duquel il n'y avait qu'à se croiser les bras en faisant aveu de son impuissance.

L'expectation devint donc, par nécessité, le procédé de traitement à l'ordre du jour. Levret en France, Smellie en Angleterre, adoptèrent les premiers cette théorie et la défendirent. Deumann écrivait même : « La malade a plus de chances de gué-

rison en s'abandonnant aux seuls efforts de la nature qu'en réclamant une opération ou une intervention. »

En France, malgré l'autorité de Levret, les accoucheurs n'acceptèrent pas volontiers de rester ainsi désarmés. Astruc, Simon, Deleurye, Baudelocque, entre autres, préconisèrent la gastrotomie. Lambron même la renouvelait deux fois avec succès sur la même femme.

Les auteurs anglais du début du XIX^e^ siècle étaient au contraire rebelles à l'intervention. Ils conseillaient d'attendre et se basaient pour cela sur de prétendus faits de guérison, en assez grand nombre, dans lesquels l'enfant, après avoir passé dans la cavité péritonéale, s'y serait enkysté.

Dès 1823, Dewees, contestant l'authenticité de ces faits qu'il attribuait à des ruptures de grossesses extra-utérines, réagit le premier contre ces funestes tendances.

Trask, en 1848 et 1856, Jolly, en 1870, reprirent et défendirent les idées de Dewees et publièrent des statistiques éminemment favorables à l'intervention. Ces auteurs recherchant le pourcentage des morts dans les cas de déchirure utérine traitée par l'expectation trouvèrent le premier : 78 o/o de mortalité, le second le chiffre énorme de 98,55 o/o.

En cas de rupture utérine, il faut intervenir, mais de quelle manière ?

L'introduction de l'antisepsie dans la pratique obstétricale a modifié les idées en cours depuis les

travaux de Trask et de Jolly ; on s'aperçut que les ruptures utérines pouvaient être traitées avec succès par des procédés beaucoup plus simples que la laparotomies tels que l'injection intra-utérine, le drainage de l'utérus, le tamponnement de l'utérus.

Cette dernière méthode conserve encore de chauds partisans, mais depuis les progrès immenses accomplis chaque jour par la chirurgie, qui joint à une technique irréprochable une hémostase et une asepsie parfaites, on tend de plus en plus à l'heure présente à traiter radicalement les ruptures utérines. La hardiesse des opérateurs devient de plus en plus grande, leurs succès se multiplient et pour la grande majorité des auteurs modernes, l'idée de rupture utérine éveille immédiatement l'idée de la laparotomie.

Évidemment, dans beaucoup de cas, la laparotomie est une nécessité inéluctable, elle offre à la femme, dont l'utérus est rompu, sa seule chance de salut. Néanmoins, nous avons été frappés de plusieurs faits qui se sont passés sous nos yeux, faits qui sont relevés dans nos observations I, II et III et dans lesquels nous voyons des ruptures utérines certaines guéries sans intervention chirurgicale. L'observation I nous paraît particulièrement démonstrative et tout à fait probante.

Nous avons trouvé dans la littérature médicale, plusieurs observations qui peuvent se rapprocher des nôtres.

Aussi, essaierons-nous de démontrer dans ce travail

que si la laparotomie avec hystérectomie reste, à l'heure actuelle, le traitement de choix des ruptures de l'utérus, il est cependant préférable, dans *certains cas particuliers*, de ne pas avoir recours à une intervention sanglante estimant que beaucoup de ruptures utérines sont justiciables de l'expectation.

Ce sont ces cas particuliers que nous allons chercher à fixer.

La question du traitement des ruptures utérines peut être divisée en deux parties nettement distinctes selon que l'accouchement est ou non effectué.

Nous ne ferons, dans ce travail, qu'un exposé rapide du traitement immédiat, c'est-à-dire du meilleur mode d'extraction du fœtus et du placenta après la rupture.

Nous nous occuperons surtout des différentes méthodes de traitement de la plaie utérine. Nous indiquerons rapidement celles d'entre elles qui sont tombées en désuétude pour nous arrêter principalement à celles que nous croyons pouvoir opposer dans certains cas à l'hystérectomie abdominale.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT IMMÉDIAT

Le traitement immédiat est celui auquel on doit d'abord avoir recours. Il n'a en vue que la terminaison prompte de l'accouchement par l'extraction de l'enfant et la délivrance de la mère.

Doit-on, dans la conduite à suivre, tenir compte de l'enfant? Nous ne le croyons pas, car il ressort des statistiques de Jolly et de Franker que l'enfant est plus souvent encore que la mère victime de ce terrible accident qu'est la rupture utérine.

En effet, dans la statistique de Jolly, 219 enfants sur 237 étaient déjà morts au moment de l'intervention et encore Jolly excepte-t-il tous les cas où on a été forcé de pratiquer l'embryotomie. Franker, lui, cite 26 cas de rupture utérine avec 26 enfants morts.

Il ne faut donc s'occuper que de la mère et tenter de la délivrer le plus rapidement possible.

Trois cas sont à considérer suivant que le fœtus :

1° Est tout entier contenu dans l'utérus ;

2° Est en partie passé dans la cavité abdominale ;

3° Est tout entier passé dans la cavité abdominale.

I. — *Le fœtus est tout entier contenu dans l'utérus.*

D'une façon générale, les auteurs sont d'accord pour procéder le plus rapidement possible à l'extraction du fœtus. Il ne faut jamais temporiser, même dans les cas où les phénomènes généraux sont peu accusés, l'hémorragie externe peu abondante.

En effet, en abandonnant l'accouchement aux forces naturelles et en supposant que les contractions utérines persisteront avec assez d'énergie pour amener l'expulsion spontanée du produit de conception, il y a tout lieu de craindre que les efforts n'agrandissent la lésion et ne transforment en rupture complète, une rupture peut-être encore incomplète.

Mais on est moins d'accord quant au procédé d'extraction. Les uns voulant dans tous les cas extraire le fœtus par la laparotomie, les autres préconisant surtout l'extraction par les voies naturelles.

Jolly, en 1870, réservait l'extraction par les voies naturelles aux cas où il s'agit de ruptures incomplètes sous-péritonéales, ou encore dans les cas où, la tête étant à la vulve, l'accouchement peut être rapidement terminé.

Pour tous les autres cas, il préconisait la méthode sanglante et publiait, à l'appui de son dire, une statistique assez émouvante :

Extraction vaginale...	382 cas	29 o/o de guérisons.
Gastrotomie.....	38 cas	68 o/o de guérisons.

Néanmoins, les auteurs plus récents, et parmi eux Veit, Pistacek, Labusquière, Forné, Blazard, Leclère, Maygrier, Brindeau, n'acceptent pas sans discussion la thèse de Jolly.

Recherchant les divers travaux parus à cet égard, il nous paraît qu'on admet actuellement que lorsque le fœtus est encore contenu dans la cavité utérine, il vaut mieux (dans presque tous les cas) terminer l'accouchement par les voies naturelles lorsque le fœtus est dans une situation verticale, sommet ou siège.

L'extraction par voie abdominale doit être réservée au cas où, par suite de rigidité du col, la dilatation de l'orifice cervical est de trop petit diamètre pour permettre l'introduction de la main ou d'instruments dans la cavité utérine.

Si la partie fœtale est profondément engagée, on terminera l'accouchement soit par une application de forceps, sur un sommet par exemple, soit par une basiotripsie.

Dans les cas où il existe un obstacle à l'accouchement, tel par exemple qu'un rétrécissement très accentué des diamètres du bassin, il sera prudent de s'abstenir de faire une version podalique. La version est, en effet, l'opération la plus dangereuse qu'on puisse pratiquer sur un utérus rompu. On opère alors que la poche des eaux est rompue depuis longtemps déjà, dans la plupart des cas, et on s'expose à agrandir la lésion utérine. Mieux vaut, dans ce

cas, avoir recours à une embryotomie rachidienne ou céphalique, et encore mieux à l'hystérectomie.

II. — *Le fœtus est en partie passé dans la cavité abdominale.*

Dubois conseillait même dans ce cas l'extraction par les voies naturelles.

« Les pieds fussent-ils dans la cavité abdominale, il ne faudrait pas craindre d'aller les chercher à travers la crevasse, pourvu qu'on procédât avec beaucoup de prudence et de douceur dans cette manœuvre et dût-on, pour pénétrer plus facilement, agrandir la plaie par un débridement ménager. »

Et Joulin trouvait cette grosse opération moins dangereuse que l'incision abdominale.

Devillez allait jusqu'à qualifier de bénigne cette incision libératrice.

Ces auteurs, qui, d'ailleurs, n'ont jamais pratiqué l'intervention qu'ils conseillaient, se basaient sur ce fait que la brèche utérine se rétractant sur le fœtus, mettait obstacle à son extraction par les voies naturelles. On pouvait leur répondre que malgré le débridement proposé, l'utérus conserverait le pouvoir de se rétracter et que, par conséquent, cette pratique est impuissante. Elle est aussi nuisible et dangereuse, car, en opérant ainsi à l'aveugle, on risquerait de provoquer de graves traumatismes.

Lorsque le fœtus est en partie passé dans la cavité abdominale, on peut encore, dans certains

cas, l'extraire par les voies naturelles, mais lorsque cette extraction semble difficile, sinon impossible, du fait de la rétraction de l'utérus, il ne faut pas s'acharner à des manœuvres dangereuses, gaspiller un temps précieux pour la vie de la femme et tous les auteurs sont d'accord aujourd'hui pour recommander dans ce cas de faire comme si le fœtus était passé tout entier dans la cavité abdominale et de pratiquer immédiatement une laparotomie qui permette l'extraction rapide de l'enfant et du délivre.

III. — *Le fœtus est passé tout entier dans la cavité abdominale.*

Le fœtus ne doit, sous aucun prétexte, être abandonné dans la cavité abdominale.

Thibaut des Bois, chirurgien du Mans, pratiqua, le premier, la gastrotomie avec succès dans ce cas en 1767. Néanmoins, cette opération ne fut pratiquée dans la suite qu'avec circonscription.

Burus, Blundell, Robert Sée et presque tous les auteurs anglais de la première moitié du XIX^e^ siècle s'en montrèrent les adversaires résolus, malgré les travaux de Dewees et de Ramsbotham qui voyaient dans la gastrotomie la seule chance de survie de la mère.

Il ne fallut pas moins que les statistiques de Trask, en 1848 et 1856, pour retourner complètement l'opinion.

Jolly vint ensuite en 1870 qui prouva à quel point

l'intervention s'imposait. Cet auteur publie un relevé de 144 cas dans lesquels la femme ne fut pas délivrée. Sur ces 144 cas, on n'en relève que 2 incontestables de guérison.

Actuellement après les statistiques publiées par Blazard, Brossard, Forné, tous les accoucheurs sont d'accord sur l'opportunité, la nécessité de l'intervention immédiate.

Lorsque le fœtus n'est plus accessible à la main de l'accoucheur, lorsque les tentatives d'extraction par les voies génitales risquent d'aggraver les désordres qui siègent au niveau de l'utérus, on ne doit pas hésiter. Il faut agir directement, aller chercher l'enfant par laparotomie.

Évidemment,il est de toute nécessité de remonter au préalable l'état général de la parturiente et tous les moyens doivent être mis en cause à cet effet. Mais on ne doit pas perdre de vue que la première indication est de se hâter. Si, en effet, l'on se trouve en présence d'une hémorragie abondante, on ne saurait tarder à intervenir,car le moindre retard peut être la cause d'une issue fatale.

La simple incision abdominale qui permet l'extraction du fœtus et du délivre et qui donne une large vue sur les lésions utérines peut être faite en quelques minutes.

Selon l'étendue des lésions et surtout en se basant sur l'état de shock plus ou moins accentué de la femme,on sera autorisé, suivant les cas,à pratiquer,

soit une suture utérine, soit un Porro, soit une hystérectomie totale ou sub-totale.

Nous discuterons dans le prochain chapitre, à propos du traitement de la plaie utérine, les indications de tel ou tel procédé opératoire.

Ainsi que nous avons pu le voir dans ce rapide exposé des théories diverses qui se sont succédées dans la conduite à tenir, comme traitement immédiat au cours des ruptures de l'utérus, deux grandes indications se posent nettement :

1° Le fœtus est facilement accessible, son extraction n'exige pas de manœuvres qui risquent de traumatiser davantage l'utérus rompu : dans ce cas, on est autorisé à terminer l'accouchement par les voies naturelles en se souvenant que la version doit être évitée ;

2° Le fœtus est entièrement passé dans la cavité abdominale, il n'est pas ou n'est que difficilement accessible et son extraction, par les voies génitales, risquerait de provoquer de graves désordres : dans ce cas, l'extraction par la voie abdominale s'impose.

Il nous faut maintenant nous occuper du traitement de la plaie utérine et rechercher quelle est la meilleure conduite à tenir pour parer aux complications dont elle pourrait être la cause.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous considérons cette étude comme le point principal de notre travail. Nous indiquerons donc successivement les différents remèdes qu'on a successivement opposés

aux suites des ruptures et nous arrêtant particulièrement aux méthodes actuelles, nous rechercherons s'il ne peut être apporté quelque atténuation à leur intransigeance.

CHAPITRE II

TRAITEMENT CONSÉCUTIF

Traitement de la plaie utérine

Les thérapeutiques diverses opposées aux ruptures utérines se sont toujours inspirées des deux grandes complications qui assombrissent tout particulièrement le pronostic de cet accident : nous avons cité l'hémorragie et l'infection.

L'hémorragie peut se présenter sous ces deux aspects : hémorragie externe, ou hémorragie interne.

Dans certains cas, rares il est vrai, elle est foudroyante et Varnier relate au Congrès de Nantes, 1901, l'observation d'une femme emportée en quelques minutes par l'hémorragie. Il faut, pour que ce fait se produise, que le foyer de rupture siège au niveau même de l'insertion placentaire, ou au niveau d'un gros vaisseau.

Plus fréquemment il se produit d'abord une hémorragie très abondante qui cesse au bout de quelques instants, spontanément par un mécanisme analogue à ce qui passe dans les grands arrachements des membres, c'est-à-dire par suite de la rétraction des tuniques internes et moyennes des vaisseaux.

Cependant,de petits vaisseaux plus ou moins éloignés peuvent continuer à donner du sang soit en petits jets, soit en bavant. Ce sont ces petites hémorragies qui peuvent à la longue donner le coup de grâce ainsi que le fait remarquer Cristeanu (1).

Enfin, il arrive assez souvent que l'hémorragie est tout à fait insignifiante, ainsi qu'il ressort de la lecture de quelques-unes des observations qui suivent ce travail. Cependant, même dans ces cas, l'hémorragie secondaire est toujours à redouter.

Mais, si l'hémorragie doit être combattue extemporanément, on ne saurait prendre trop de précautions pour parer à cette redoutable complication que constitue l'infection.

Dans le cas de rupture complète,avec lésions étendues du péritoine, la propagation à la séreuse de l'infection du vagin ou de l'utérus est pour ainsi dire fatale.

On n'a pas lieu de s'en étonner quand on songe à la longueur du travail inhérente aux présentations vicieuses, aux rétrécissements plus ou moins accentués, aux différentes manœuvres pratiquées soit pour l'extraction de l'enfant, soit pour parer aux multiples complications qui se produisent trop souvent et telles que hernie de l'intestin, de l'épiploon par la plaie.

Il n'en est heureusement pas tout à fait de même

---

1. Cristeanu, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1901.

dans les cas où la lésion est peu étendue, la rupture incomplète. Il ressort des statistiques que nous publierons plus loin que beaucoup de femmes échappent à l'infection lorsque la séreuse péritonéale n'a pas été intéressée par le foyer de rupture.

Mais la difficulté est de savoir quand la rupture est incomplète.

Dans notre observation II,nous voyons que : « La main introduite dans l'utérus découvre au niveau du bord gauche de l'organe, une solution de continuité longue de 3 à 4 travers de doigt et conduisant dans l'épaisseur du ligament large. »

Dans l'observation XV (résumée de la thèse de Jolly).

« Un doigt porté au fond de la déchirure parcourt une assez large cavité à parois molles et vient jusque sous la paroi abdominale un peu au-dessus du pubis droit. Cependant, comme on ne sent pas d'anses intestinales à nu et que la cavité est limitée, il semble que la déchirure s'ouvre dans l'épaisseur du ligament large et n'intéresse pas le péritoine. »

A vrai dire, ce ne sont là que présomptions et non des certitudes, néanmoins, l'on conçoit que par un heureux concours de circonstances la séreuse péritonéale intacte puisse opposer une barrière assez forte à l'invasion des germes.

Nous en venons maintenant à l'étude des moyens mis en œuvre pour lutter et contre l'hémorragie et contre l'infection.

Les différentes méthodes de traitement peuvent être divisées en deux classes :

1° Le traitement conservateur, c'est-à-dire :

Le drainage ;

Les injections antiseptiques ;

Le tamponnement ;

La suture de la plaie utérine par voie vaginale ;

La laparotomie avec tamponnement de la brèche utérine ;

La laparotomie avec suture utérine ;

2° Le traitement radical, c'est-à-dire :

L'hystérectomie vaginale ;

L'hystérectomie abdominale.

Nous allons successivement étudier chacun de ces moyens thérapeutiques et discuter leur valeur.

Parmi eux, certains et à juste titre, sont tombés en désuétude et nous les décrirons rapidement. Mais nous ne pensons pas qu'il soit possible d'édicter une règle générale de la conduite à tenir en cas de rupture utérine. Nous voulons montrer, au contraire, que l'accoucheur doit s'inspirer pour agir seulement de chaque cas particulier qu'il a sous les yeux, tant au point de vue clinique qu'au point de vue des circonstances extérieures concomitantes. Il devra donc, suivant le cas, employer telle ou telle des méthodes que nous allons décrire. Il nous paraît, en effet, exagéré, en dépit des statistiques, d'opérer toutes les ruptures utérines, et nous voudrions réagir contre la tendance actuelle de la laparotomie à outrance du moins *pour certains cas particuliers*.

Méthodes conservatrices

Drainage

En 1874, Braun s'inspirant des théories antiseptiques qui étaient alors dans toute leur nouveauté, conseilla, le premier, d'appliquer au traitement des ruptures utérines, le drainage déjà employé par Chassaignac dans le traitement des plaies profondes. La première malade traitée par le drainage succomba. Aussi nous faut-il attendre jusqu'à 1880 pour voir Frommel, assistant de Schrœder, préconiser à nouveau le drainage en publiant plusieurs cas de guérison obtenus par ce procédé.

La technique indiquée était la suivante :

« On fait d'abord un lavage aussi complet que possible de la cavité péritonéale avec une solution chaude d'acide phénique à 20 o/o. Puis on introduit par la voie vaginale à travers la plaie utérine un drain de gros calibre qui ne doit dépasser la déchirure que de 2 à 3 centimètres. » Braun conseillait l'emploi de drains rectilignes. Frommel, lui recommandait le tube en croix. Une fois le tube en place, dit Frommel, on ne doit plus y toucher, aucune injection nouvelle ne doit être faite.

Le drain ne devait être retiré que lorsqu'il n'existait plus le moindre suintement.

Fehlsenreich essaya de substituer le drainage extra-péritonéal au drainage intra-péritonéal, le drain

ne devant pas pénétrer dans la cavité abdominale.

De 1880 à 1885 le drainage fut pratiqué dans une large mesure.

Que disent les statistiques à cet égard :

	Nombre de cas	Guérisons	Pourcentage
	—	—	—
Brossard (1)	20	14	70
Merz (2)	10	6	60

Forné (3) dans sa thèse donne un pourcentage de guérisons de 64, chiffre intermédiaire à ceux de Brossard et de Merz.

Plus récemment Cristeanu (4) étudie un recueil de 77 observations. Dans le nombre, 17 cas de rupture sont traités par le drainage avec 4 guérisons, soit 24 o/o.

Sur 34 cas de rupture incomplète,8 sont traités par le drainage, 3 guérisons. Le pourcentage est donc de 37 pour les ruptures incomplètes, chiffre à peu près de moitié plus faible que ceux indiqués par Brossard, Merz et Forné qui faisaient rentrer dans leurs statistiques des observations dans lesquelles il y avait simplement déchirure du vagin.

Le drainage ne devait pas tarder à être abandonné par les auteurs.

Dès 1881 Fehlsenreisch s'attacha à prouver que le drainage était à la fois inutile et dangereux.

---

1. Brossard. Thèse de Paris, 1898.
2. Merz, *Archiv. für Gynækologie*, 1893.
3. Forné. Thèse de Paris.
4. Cristeanu. *Ann. de Gynæk. et obstetrique*, avril 1901.

Inutile : car il est impuissant à drainer les parties déclives de la cavité abdominale, et notamment le Douglas lorsque la rupture est située très haut au-dessus du segment inférieur.

Dangereux : car il est en somme une porte largement ouverte aux germes venus du dehors. Il est enfin impuissant à lutter contre l'hémorragie.

Ce procédé a marqué la première étape de l'antisepsie au traitement des ruptures utérines et a en somme réalisé un grand progrès, puisque un certain nombre de ruptures utérines ont pu guérir grâce à son emploi. Il est néanmoins tout à fait abandonné à l'heure actuelle et nous n'avons pu trouver dans ces dernières années aucune observation relatant l'emploi du drain. Du moins, en France, car en Allemagne nous voyons Scipiades conclure de l'examen de 91 observations que l'usage d'un drain fait rendre des services après l'emploi d'un tamponnement.

Injections antiseptiques

Fehlsenreisch, détracteur du drainage, fit en 1883 une campagne dans *les Archives de Gynécologie de Berlin* en faveur des injections antiseptiques appliquées systématiquement au traitement des ruptures utérines.

A la suite de cette publication, de nombreux accoucheurs mirent la méthode à l'essai.

Bar cite 3 cas de guérisons obtenus par Tarnier en 1883 à la maternité de Paris.

L'année suivante, Pajot publia un nouveau cas de guérison par injection antiseptique. La leçon clinique qu'il fit à ce sujet est tout au long contenue dans la thèse de son élève Labusquière.

La technique de ces injections varie d'ailleurs avec les auteurs. A la maternité de Paris, immédiatement après l'accouchement, on appliquait sur l'abdomen un pansement compressif destiné à abaisser le plus possible le fond de l'utérus. Des sachets de glace étaient appliqués sur le ventre et on pratiquait des injections vaginales à basse pression.

Mais on ne tarda pas à trouver insuffisamment actives ces injections superficielles et on en vint alors aux injections profondes, intra-utérines fréquemment renouvelées. L'irrigation continue, si dangereuse pourtant, si l'on ne prend pas la précaution d'employer des substances faiblement antiseptiques, fut même préconisée.

Le liquide employé était d'abord la liqueur de Van Swieten pure, mais plus tard, pour éviter les risques d'intoxication, on ne se servit plus que de solution à 1 pour 400 ou 500.

Forné, dans sa thèse de 1900, préconise cette dernière formule dans les cas où l'on croit devoir faire une injection. A l'heure actuelle où on est averti des accidents que peuvent provoquer les solutions mercurielles même faibles lorsqu'elles viennent au contact de la séreuse péritonéale, on aime mieux se servir de permanganate de potasse au 1/1000 ou même plus simplement d'eau stérilisée.

Quant au phénol, Tarnier, le premier, recommanda de s'en abstenir chez les femmes dont l'état de shock est très prononcé, car cet agent antiseptique produit, à la suite de son absorption, de l'abaissement de la température et quelquefois même du collapsus. Son emploi pourrait donc aggraver l'état de la malade.

Quelle est la valeur de ces injections :

	Nombre de cas	Guérisons	Pourcentage
Kroner	47	22	46
Brossard	63	30	47
Cristeanu			
1° Ruptures, quelle que soit leur nature (complètes ou incomplètes)	48	13	26
2° Ruptures incomplètes	22	13	59

Il est aisé de se rendre compte, d'après ces chiffres, de l'efficacité incontestable des injections intra-utérines.

Forné, cependant, dès 1900, se montrait déjà l'adversaire résolu de cette pratique dans les ruptures complètes et tous ceux qui l'ont suivi, à peu d'exceptions près, pensent comme lui. A coup sûr nous nous rangeons aux idées de Forné lorsqu'il invoque les dangers des injections antiseptiques intra-péritonéales. Tout le monde, aujourd'hui, est d'accord pour rejeter l'injection antiseptique et utiliser seulement l'eau stérilisée.

Nous sommes de même avec lui lorsqu'il dit, et cela va de soi, que ces injections n'ont aucune action sur les hémorragies.

Mais, pourquoi proscrire malgré tout le procédé des injections. Les chiffres et les faits, au contraire, plaident largement en leur faveur. Cinquante-neuf guérisons pour 100, 13 guérisons sur 22 cas de ruptures incomplètes (nous insistons sur le mot) dans la statistique de Cristeanu.

Il ressort des cas relatés dans les observations II, III, X, XI, XII, que l'injection d'eau stérilisée faite avec précaution peut, associée en plus au tamponnement, produire d'heureux résultats lorsque la rupture paraît sous-péritonéale, que l'hémorragie, ou bien manque, ou bien est véritablement peu abondante, et que l'utérus a tendance à se contracter.

Tamponnement.

Dans sa statistique de 1893 dans laquelle il analyse 181 cas de ruptures utérines traités par différents moyens, Merz passe complètement sous silence les injections antiseptiques. C'est que déjà, à cette époque, le tamponnement s'était attiré de nombreux partisans.

Dührssen, le premier, eut l'idée d'appliquer le tamponnement intra-utérin au traitement des ruptures utérines.

Il fut suivi dans cette voie par Braun, Gessner, Doormann, Tarnier, Léopold, Pistacek, Baur.

Divers procédés de tamponnement furent proposés par les auteurs.

Tarnier préconisait la méthode suivante :

« Après toilette vulvaire et injection vaginale antiseptique, on met à découvert le col utérin à l'aide de valves de Simms. On en saisit les deux lèvres avec une pince de Museux, et on l'abaisse en combinant la traction faite sur les pinces avec la pression exercée sur le fond de l'utérus par l'intermédiaire de la paroi abdominale.

» Le col et le segment inférieur peuvent être alors inspectés dans la plus grande partie de leur étendue. On explore la solution de continuité de l'utérus et au besoin on applique une pince hémostatique sur une artère donnant du sang, mais il est rare que ce soit nécessaire.

» On saisit alors avec une pince tire-balles, les bords de la déchirure et on en fait la toilette minutieuse avec de petits tampons de coton hydrophile trempés dans une solution de sublimé. Si on voit s'écouler du sang par la plaie utérine, lorsqu'on l'entr'ouve, c'est qu'il y a un épanchement de sang intra ou sous-péritonéal.

» Dans ce cas, il sera utile de faire, par la plaie, une injection avec de l'eau stérilisée additionnée de chlorure de sodium ou mieux d'acide borique, dans le but d'entraîner le sang épanché et les caillots.

» On procède ensuite au tamponnement utérin. A cet effet, on introduit jusqu'au fond de l'organe une première bande de gaze iodoformée de 10 centimètres

de large environ, dont le chef inférieur reste dans le vagin ; puis à travers la plaie utérine on glisse une deuxième bande de gaze qui va se perdre jusqu'à une certaine distance dans la profondeur, soit dans le péritoine, soit dans le ligament large, suivant que la rupture est intra ou extra-péritonéale.

» Cela fait, on retire les pinces de fixation et on continue à remplir de gaze iodoformée le col et le vagin. On applique enfin un bandage abdominal compressif dans le but de fixer l'utérus et de le maintenir abaissé.

» Dès lors, les deux lèvres de la plaie utérine ne donnent plus lieu à du suintement sanguin et s'il n'est passé aucun principe septique dans le péritoine, la guérison pourra être obtenue.

» Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, suivant l'abondance de l'écoulement, on renouvellera le tampon iodoformée du vagin, mais on maintiendra plus longtemps celui de l'utérus.

» La gaze iodoformée contenue dans cet organe en réalise le drainage et l'antisepsie, elle en assure également l'immobilité. »

Dührssen trouve absolument insuffisant le drainage de la lésion utérine avec une simple mèche de gaze iodoformée tel que le conseille Tarnier.

Il faut, dit cet auteur, tamponner à travers la déchirure la cavité abdominale le plus haut possible, bourrer ensuite l'utérus de gaze iodoformée et ainsi, grâce à ces deux tampons intra-péritonéal et intra-utérin, placés de part et d'autre de la solution de

continuité utérine et fortement comprimés à l'aide d'un bandage abdominal, on peut espérer obstruer les vaisseaux béants de la plaie et par conséquent arrêter l'hémorragie provenant de la plaie utérine.

Quelle valeur les statistiques accordent-elles au tamponnement.

	Nombre de cas	Guérison o/o
Pistacek	57	44
Léopold	6	50
Forné	20	50
Merz	15	40

Nous voyons, d'après cette statistique, que le pourcentage de guérisons obtenues par tamponnement est notablement moins élevé que celui des guérisons survenues après injection.

Nous avons lu plusieurs des observations comptant dans cette statistique et il en ressort nettement que l'injection intra-utérine a été généralement employée dans les cas les plus bénins alors qu'on réservait de préférence le tamponnement aux ruptures plus graves. Les statistiques que nous venons de citer ne peuvent donc avoir qu'une valeur très relative, car si nous séparons les cas de ruptures en ruptures complètes et ruptures incomplètes, nous arrivons à un pourcentage de guérison de 53 pour les ruptures incomplètes, chiffre très supérieur à la moyenne des pourcentages indiqués ci-dessus.

Aussi, sans partager l'enthousiasme de Doormann

pour qui le tamponnement est incontestablement le traitement de choix, nous étonnerons-nous cependant de l'intransigeance de Schültz (1) et de Forné (2) qui veulent à tout prix substituer la laparotomie au tamponnement.

Avec eux, presque tous les auteurs contemporains rejettent le tamponnement et conseillent d'intervenir par la voie abdominale.

Cette intervention radicale est-elle donc inévitable ? nous ne le croyons pas.

Empressons-nous de dire que nous ne voulons en aucune manière préconiser le tamponnement à outrance, le tamponnement malgré tout. Loin de nous cette pensée. Il est des cas où les délabrements sont considérables, où il y a un véritable éclatement de l'utérus, où la vessie, le péritoine sont déchirés, les anses intestinales et l'épiploon herniés à travers la déchirure. En présence de ces graves désordres, surtout lorsque l'hémorragie est abondante et menace d'emporter la femme en quelques instants, il n'y a pas de tergiversation possible. Un seul moyen de sauver la parturiente existe : il faut pratiquer la laparotomie, aller droit sur la lésion, arrêter l'hémorragie et s'efforcer de remédier aux désordres qui se sont produits dans le petit bassin.

Mais il nous semble au contraire que le tamponnement s'impose lorsque la brêche ne semble pas

---

1. Schütz, *Zur ætiologie und therapie uterus rupture*, 1891.
2. Formé. *loco citato*.

avoir de grandes dimensions, lorsque l'utérus se contracte bien, lorsque l'hémorragie est peu abondante, et lorsqu'il n'y a aucune trace d'infection. Dans ces cas, pourquoi intervenir par l'abdomen, pourquoi faire subir à une femme, dont l'état de shock est déjà très prononcé, un nouveau traumatisme ?

Nous croyons, dans ce cas, que l'intérêt de la femme exige au contraire qu'on s'abstienne de pratiquer la laparotomie et qu'on se contente d'un tamponnement précédé ou non d'une injection intra-utérine d'eau stérilisée où d'une solution faiblement antiseptique. Après avoir ainsi paré aux premiers accidents et remonté l'état général de la femme à l'aide des moyens appropriés, on sera, il nous semble, dans de bonnes conditions pour faire face aux accidents qui peuvent survenir dans la suite.

Suture de la plaie utérine par la voie vaginale.

Ce mode de traitement, rarement mis en usage d'ailleurs, ne nous arrêtera pas longtemps, car la plupart des accoucheurs partagent à son égard l'opinion que Forné émettait déjà dans sa thèse.

Analysant une observation de Cholmogroff, promoteur de cette méthode, il concluait à son rejet.

En effet, si, théoriquement, cette conception a des dehors séduisants, pratiquement, elle n'est qu'un moyen des plus imparfaits.

Le plus souvent, la lésion utérine remonte trop haut pour qu'il soit possible de la suturer par le

vagin, admettant même que la déchirure siège sur la partie tout inférieure du segment inférieur, la suture ne peut, sauf exception, donner que des résultats incomplets.

Si, en effet, il s'agit d'une rupture complète s'accompagnant d'hémorragie abondante, il est illusoire de croire que des sutures faites à l'aveugle suffisent à l'arrêter, surtout si, comme c'est le cas presque toujours, l'hémorragie siège dans le tissu cellulaire péri-utérin.

S'agit-il, au contraire, d'une rupture sous-péritonéale, saignant peu ou même ne saignant plus, il nous semble que la suture par le vagin est non seulement superflue, car le simple tamponnement aboutit au même résultat, mais encore dangereuse, car on peut, en la pratiquant, léser les organes abdominaux et particulièrement l'intestin.

Laparotomie avec tamponnement utérin.

Cette méthode bénéficie surtout des avantages que lui procure la laparotomie.

Elle permet de faire l'hémostase complète de la plaie et de s'opposer dans une certaine mesure à la production d'une infection péritonéale par une toilette minutieuse de la grande séreuse péritonéale.

Après toilette du péritoine et hémostase aussi parfaite que possible, on pratique un tamponnement à la fois intra-utérin et extra-utérin.

Une bande de gaze remplit l'utérus et l'une de ses extrémités passe par le vagin, une autre couvre l'utérus à la face externe et vient sortir par la plaie abdominale.

On peut de même drainer les culs-de-sac péritonéaux à la Mickulicz sans introduire de gaze dans l'utérus.

Nous discuterons dans le paragraphe suivant la valeur de ce procédé, car nous estimons qu'on peut rapprocher au point de vue des résultats la laparotomie avec tamponnement et la laparotomie avec suture.

Laparotomie avec suture.

Cette opération fut pratiquée pour la première fois avec succès par Lebas de Mouilleron, chirurgien français en 1706. Depuis et surtout au fur et à mesure que croissait l'audace des chirurgiens, elle entra peu à peu dans la pratique courante.

Il n'entre pas dans notre plan de décrire les divers procédés opératoires qui ont été proposés. Nous dirons simplement que la suture n'est possible que dans les cas où la plaie est absolument régulière.

Après avivement et régularisation de ses bords, on a proposé suivant les cas, soit la suture totale de la paroi utérine, soit la seule suture de la séreuse péritonéale ainsi que la réunion des feuillets péritonéaux déchirés du ligament large.

Nous étudierons en bloc les avantages et les

inconvénients de la laparotomie soit avec tamponnement, soit avec suture.

1° Tamponnement :

	Cas	Guérison	Pourcentage
Merz	15	8	53
Forné	25	14	56

2° Suture :

Merz	24	10	41
Forné	32	16	50

D'après Merz, voici les indications qu'il est possible de tirer de ces statistiques :

« Quand le fœtus aura été extrait par les voies naturelles, si on est amené pour une raison quelconque à faire la laparotomie et si on se décide à conserver l'utérus, on devra recourir à la suture. Si au contraire, le fœtus a dû être extrait par laparotomie et si on veut conserver l'utérus, on devra préférer le tamponnement et le drain qui donnent de meilleurs résultats que la suture. »

A notre avis, tamponnement ou suture doivent à l'heure actuelle être absolument rejetés, du moment qu'on s'est décidé à pratiquer une laparotomie. Si l'on a jugé l'état de la femme assez satisfaisant pour intervenir, il nous semble qu'un seul traitement est indiqué dans ce cas, c'est l'hystérectomie.

Si, en effet, on ne pratique pas l'hystérectomie on a fait subir à la femme un traumatisme presque inutile.

Ouvrir le ventre et ne pas refermer la plaie utérine en se contentant de la tamponner c'est laisser la porte ouverte à l'infection. Ce procédé n'a à nos yeux, sur le simple tamponnement effectué par la voie vaginale que l'avantage incontestable de parer à tout danger d'hémorragie.

La suture, après laparotomie, est-elle préférable, nous ne le croyons pas non plus.

Du moment qu'on a osé, il faut oser jusqu'au bout, et pratiquer l'hystérectomie. En effet, Bar dit à ce sujet qu'il n'est pas rare d'observer une grande minceur de la paroi utérine au niveau de l'ancienne cicatrice.

Bar, comme d'ailleurs Léopold, Everke, Schneider, Guéniot, insiste sur les bons résultats des césariennes conservatrices mais dans ces cas il s'agit de femmes indemnes de toute trace d'injection, ce qui n'est pas le cas pour les ruptures utérines, et il croit que les déchirures ou amincissement de la paroi sont le résultat des causes suivantes :

1° L'infection qui, même minime, conduit à la séparation des lèvres de la plaie primitivement bien affrontées ;

2° L'affrontement sur une épaisseur insuffisante, et il conclut que :

« Si régulière, si profonde que soit une suture utérine, elle n'en constitue pas moins une cause de faiblesse pour la paroi utérine. »

Il nous semble donc dans ce cas qu'il est de toute

nécessité dans les cas où on conserve l'utérus d'interdire toute grossesse ultérieure à la femme.

Dans les observations VI et XVI nous voyons relatés des cas de rupture itérative.

Le tamponnement et la suture, après laparotomie, ne nous paraissent donc en rien supérieurs au simple tamponnement par la voie vaginale, quant au pronostic des grossesses futures, Varnier, au Congrès de Nantes de 1891, combattait d'ailleurs cette méthode en des termes imagés :

« Lorsqu'une femme, en essayant de reproduire l'espèce, a rompu son utérus, elle est bonne si elle en réchappe, à mettre en réforme pour blessures graves contractées dans le service. Ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. »

Méthodes radicales

Hystérectomie vaginale

Nous serons bref sur cette méthode qui n'a d'ailleurs rencontré que de bien rares partisans.

Neugebauer, le premier, fit l'hystérectomie vaginale pour une rupture utérine en 1894.

Après lui, Chobrak (1), Dührssen (2), Ivanow (3), Solowig (4), Schrœder (5) préconisèrent fortement

1. *Verhand der deutschen Gesellschaft für Gynäk.*, 1894.
2. *Der vaginale Kaicerschmitt.* Berlin, 1896.
3. *Cent. für Gynäk.* Leipzig, 1899.
4. *Cent. für Gynäk.*, 1899.
5. *Reitsch. für Geburtsch und Gynäk.*, 1899.

cette méthode. Schrœder notamment, étudiant de nombreuses statistiques, trouve que le pourcentage de guérisons est vraiment très faible quel que soit le remède employé, même l'hystérectomie abdominale, que les résultats sont peu encourageants, et que par conséquent la création d'une nouvelle méthode opératoire s'impose.

Estimant qu'il est de toute nécessité, dans les cas de rupture utérine, d'enlever l'organe lésé, il rejette formellement le Porro comme étant insuffisant.

Il ne se trouve donc plus en présence que les deux hystérectomies totales : l'hystérectomie abdominale, l'hystérectomie vaginale.

Il refuse l'hystérectomie abdominale, sous prétexte que le pronostic des opérations pratiquées par la voie abdominale est généralement plus grave que celui des opérations pratiquées par la voie vaginale.

Solowig, d'abord partisan de l'hystérectomie vaginale, se basant sur un cas de mort observé à la suite de cette opération, cas dans lequel on trouva à l'autopsie une vaste déchirure du péritoine, en conclut que les ruptures utérines ne doivent jamais être traitées par le vagin, mais toujours par la laparotomie.

Par contre, Hartmann (1) se montre le défenseur de l'hystérectomie vaginale. Dans son travail cet auteur s'occupe plus spécialement de deux points :

---

1. *Ein beitrag zür œtiologie und Therapie der uterus ruptur.* Berlin, 1909.

a) Le danger que fait courir à la femme en cas de parturition nouvelle, la cicatrice utérine ;

b) Les avantages de l'extirpation vaginale totale de l'utérus dans le cas de rupture utérine.

Il conclut : dans le traitement des ruptures de l'utérus l'extirpation vaginale totale de l'utérus rupture mérite d'être plus prise en considération qu'on ne l'a fait jusqu'ici et est digne d'une plus large application, elle donne des résultats tout au moins équivalents à ceux que donnent les traitements les plus favorables. Son exécution est aisée et elle a l'avantage de metire les femmes à l'abri du danger de rupture constamment associé à l'existence de la cicatrice utérine.

Quant aux auteurs français, ils se refusent à admettre les idées de certaines écoles allemandes. A l'heure actuelle l'hystérectomie vaginale n'est plus pratiquée en France pour rupture utérine.

Hystérectomie abdominale

L'hystérectomie abdominale totale a été préconisée pour la première fois comme traitement des ruptures utérines par Krajewski en 1890 avec deux bons résultats opératoires.

Depuis lors l'hystérectomie, soit subtotale, soit totale, est de plus en plus à l'ordre du jour.

Varnier fit un rapport sur la question au Congrès de Nantes de 1901.

Mais alors qu'au début les auteurs se contentaient

de demander l'hystérectomie abdominale dans les seuls cas où il y a rupture complète, on tend actuellement à traiter radicalement par l'hystérectomie totale les ruptures, les incomplètes comme les complètes.

Avant d'entrer dans la discussion de cette proposition, nous indiquerons les statistiques suivantes :

	Nombre de cas	Guérisons o/o
Schultz	193	44
Pistacek	33	60
Merz	54	48
Forné	120	45

Soit une moyenne de guérisons de 55 o/o.

Ce chiffre est en somme supérieur à tous ceux que nous avons rencontrés jusqu'ici au fur et à mesure que nous indiquions les différentes méthodes thérapeutiques.

Seule l'injection intra-utérine indique dans une statistique un pourcentage de guérisons de 59 o/o. Est-ce à dire pour cela que l'injection doive être préférée à la laparotomie avec hystérectomie.

Non, il n'en est rien et, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer à propos de cette statistique, nombreux sont les cas y contenus, qui étaient bénins alors qu'au contraire, le plus souvent, on n'opère que des cas pour ainsi dire désespérés.

Cristeanu fait remarquer que si on avait de parti pris substitué l'hystérectomie abdominale aux diverses

méthodes de traitement mis en vigueur dans des cas très bénins, on arriverait nécessairement à un pourcentage de guérisons beaucoup plus élevé en faveur de l'hystérectomie abdominale.

A notre point de vue, l'hystérectomie abdominale est le traitement idéal de la rupture utérine.

Lorsque, en effet, la femme est en état de supporter une intervention, cette opération est la seule qui permette de pallier dans la mesure des forces humaines aux terribles conséquences de la rupture utérine.

Quand la rupture est complète, il n'y a évidemment pas à hésiter. Quand la rupture est incomplète, le traitement médical suffit dans beaucoup de cas. Néanmoins, qui ne connaît les terribles lendemains d'une sédation apparente des symptômes : l'hémorragie secondaire, l'infection.

Avec l'hystérectomie abdominale, au contraire, plus d'hémorragie secondaire à craindre. Les sources en sont taries. De même, la toilette minutieuse du péritoine permet de pallier préventivement dans une large mesure aux risques d'infection.

Enfin, la femme hystérectomisée est à l'abri d'une nouvelle rupture toujours possible dans une grossesse itérative.

Tous ces arguments plaident d'une façon décisive en faveur de l'hystérectomie abdominale. Malheureusement, cette opération n'est pas à la portée de tous. Tout à fait recommandable lorsque la rupture se produit dans un hôpital ou dans une clinique privée,

alors que le chirurgien est prêt à intervenir, que tout est sous sa main, qu'il a des aides expérimentés, une instrumentation complète ; elle est, en somme, impossible à pratiquer pour le praticien isolé, livré à ses propres moyens, qui ne peut compter parfois sur aucune aide, ni même obtenir de quoi stériliser ses instruments.

Dans ces cas, longtemps encore, malgré la décentralisation de plus en plus marquée de la chirurgie, cette opération ne pourra être que l'exception, dans la pratique privée, en dehors de l'hôpital.

Étant admis que l'hystérectomie abdominale est, quand elle est possible, le traitement de choix, pratiquera-t-on la totale ou la sub-totale.

Dans son rapport au Congrès de Nantes, Varnier s'exprime de la manière suivante :

« Ce serait vouloir jouer avec la difficulté que de recourir en pareil cas à l'hystérectomie totale.

» Quiconque a vu de près l'état de dilacération et d'infiltration sanguine du petit bassin, comprendra qu'au point de vue de la rapidité de l'exécution, si importante en ces états de chose, la meilleure opération sera l'hystérectomie subtotale. »

Cristeanu fait remarquer que dans cette formule, Varnier ne fait pas de différence entre les ruptures incomplètes et les complètes, différence énorme au point de vue du pronostic beaucoup plus sombre pour les complètes.

Et il émet une proposition inverse de celle de Varnier :

« Ce serait vouloir jouer avec la vie de la femme que de recourir, en pareil cas, à l'hystérectomie subtotale. Quiconque a vu de près l'état de dilacération d'infiltration sanguine du petit bassin, de la cavité abdominale même, de sa septicité très probable et des délabrements péritonéaux très lointains, comprendra qu'au point de vue de suites de l'opération, le meilleur procédé ne peut être que l'hystérectomie totale avec drainage vaginal. »

Les différents chirurgiens, qui se sont occupés de la question, pensent que parfois, ce n'est que grâce à l'ablation totale que la malade s'est tirée d'affaire. Le professeur Mars dit que dans les ruptures étendues, basses, déjà envahies par l'infection, l'hystérectomie abdominale totale doit être considérée comme le procédé de choix, le seul susceptible de sauver la malade presque irrémédiablement condamnée.

Branham et Krajewski arrivent aux mêmes conclusions.

Auguste Reverdin a émis l'avis suivant sur les inconvénients du moignon dans le Porro.

« Je n'en veux pour preuve que le soin jaloux avec lequel on s'efforce de l'amoindrir par tous les moyens possibles. Le moignon formé par la partie inférieure de l'utérus est au moins inutile sinon nuisible.

Au Congrès de Rome de 1894, Martin (de Berlin) se déclare partisan convaincu de la totale et il lui trouve « la grande supériorité de supprimer d'un coup tous les inconvénients dus à ce pédicule, outre les dangers de l'hémorragie, il faut ajouter que le

moignon est toujours une cause de profond malaise durant la convalescence ».

Les avis des accoucheurs et des chirurgiens sont, comme nous le voyons, très partagés à ce sujet : l'hystérectomie totale ou l'hystérectomie subtotale. Très attrayante en principe, permettant une asepsie parfaite du petit bassin et offrant le maximum de sécurité, l'hystérectomie totale nous paraît être une opération trop délicate et trop longue surtout pour remédier le plus rapidement possible à une rupture utérine, grave en général.

Dans ces cas de rupture, en effet, la femme est dans un état de shock très prononcé et l'hémorragie, contre laquelle est surtout dirigée l'opération, est très abondante. Aussi, croyons-nous que l'hystérectomie sub-totale d'une exécution beaucoup plus rapide que la totale, avec section de l'utérus le plus haut possible, au niveau même de la rupture, offre une sécurité plus grande et donne de meilleurs résultats, et n'est-il pas préférable de s'en tenir à l'avis qu'émettait Varnier au Congrès de Nantes où il conseillait l'hystérectomie subtotale, le succès de l'intervention ne dépendant plus actuellement que de sa rapidité.

CHAPITRE III

CONCLUSIONS

Quelles déductions pouvons-nous tirer de l'emploi de telle ou telle autre méthode de traitement que nous avons successivement étudiée au cours de ce travail ?

Peut-on en tirer une indication générale et préconiser dans tous les cas un seul traitement à l'exclusion de tous les autres ?

Nous ne le croyons pas, et il nous semble que la conduite à tenir doit varier suivant chaque cas particulier. D'abord, nous éliminerons certains procédés de traitement tels que le drainage, la suture de la plaie par la voie vaginale, la laparotomie avec, soit tamponnement, soit suture de l'utérus, l'hystérectomie vaginale dont nous avons exposé, chemin faisant, les inconvénients.

Ne restent donc en présence que : d'une part, l'injection intra-utérine et le tamponnement, c'est-à-dire l'expectation, d'autre part, l'hystérectomie abdominale.

Sur quoi nous baserons-nous pour proposer l'une ou l'autre de ces interventions ?

Il nous semble que les indications changent suivant l'étendue des lésions, le milieu dans lequel on se trouve, l'état général de la femme, et suivant que le péritoine est intéressé ou non.

Il est de toute évidence qu'une seule intervention, l'hystérectomie abdominale sub-totale, est à conseiller lorsqu'une rupture complète avec hémorragie abondante s'est produite, soit à l'hôpital, soit dans tel autre milieu où l'acte chirurgical puisse être extemporané.

Faut-il opérer de suite ou attendre ?

Si la rupture étant complète, le shock n'est pas trop marqué, il est de tout intérêt pour la femme que l'intervention soit immédiate surtout si l'hémorragie est abondante.

Si l'hémorragie est peu menaçante et que, d'autre part, le shock soit très intense, il est peut-être préférable d'attendre, avant de pratiquer la laparotomie, que la femme se soit un peu remontée et on y pourra aider par les moyens habituellement en usage à cet égard.

Mais, dans bien des cas, les conditions ne sont plus les mêmes.

L'état général est satisfaisant, l'hémorragie a cessé spontanément et n'a pas été très abondante, l'examen de l'utérus semble révéler que la lésion est minime, que l'organe a des contractions et qu'il a tendance à se maintenir rétracté. Dans ce cas, nous

croyons pouvoir conseiller le traitement par le tamponnement, de préférence à tout autre comme moins traumatisant.

Après une toilette minutieuse de la brèche utérine, à l'aide d'une injection intra-utérine, on pratiquera par la voie vaginale un tamponnement très serré à l'aide de gaze iodoformée ou plus simplement de gaze stérilisée. Autour de l'abdomen sera appliqué un large bandage compressif, de façon à maintenir abaissé le fond de l'utérus. De la glace en sachets sera posée sur l'abdomen.

Il sera fait des injections sous-cutanées de sérum pour remonter l'état général de la femme en même temps que seront prescrites des injections sous-cutanées d'ergotine, de la quinine pour parer dans la mesure du possible aux dangers d'hémorragie, en maintenant l'utérus rétracté et en augmentant ses contractions.

Nous avons vu ce traitement agir merveilleusement pour les malades dont les histoires sont rappelées dans les observations I, II, III, IV.

Même, le résultat fut surprenant pour la malade de l'observation I, chez laquelle M. Boissard n'avait pas osé intervenir à cause de la profonde gravité de son état général. Le traitement par le tamponnement appliqué en désespoir de cause, permit cependant à cette femme de guérir rapidement et complètement.

Même dans les cas de lésions étendues, avec hémorragie peu abondante, naturellement, ce traitement pourra être appliqué. Il est en effet assez difficile de

juger la dimension de la brêche utérine au toucher et bien souvent telle déchirure reconnue de dimensions importantes au toucher, se présente après la laparotomie avec des dimensions moindres, à peine reconnaissables.

A plus forte raison soutiendrons-nous que ce mode de traitement est le seul applicable par le praticien isolé qui ne peut compter sur une aide intelligente et qui n'a même pas parfois sous sa main les instruments nécessaires.

Les statistiques ne semblent d'ailleurs pas infirmer notre proposition d'une manière absolue.

Si nous faisons en effet le relevé total des cas portés dans les observations qui comptent dans ces statistiques, nous voyons que la différence des pourcentages de guérisons n'est pas considérable selon qu'on a recours à l'hystérectomie abdominale ou au traitement par injection et tamponnement.

Nous trouvons en effet pour l'hystérectomie abdominale 54 o/o de guérisons ; 49 o/o au contraire pour l'injection et le tamponnement.

A l'appui de nos dires, nous citerons Burnen, de Berlin qui estime que sauf les cas particuliers où toutes les conditions favorables à l'opération sont réunies, on doit se contenter du traitement médical qui a souvent fait merveille ; J. Hartmann, Scipiadés.

J. Hartmann (1) dit : « le traitement de la rupture de l'utérus après cessation de danger momentané

1. *Loc. cit.*

crée par l'hémorragie n'est pas du ressort du médecin praticien, mais d'un gynécologue de profession. »

Scipiadès (1) écrit : « Dans la rupture incomplète, le traitement conservateur donne les meilleurs résultats ». Se basant sur une statistique de 91 observations personnelles, il trouve que le traitement chirurgical n'a pas modifié notablement le pronostic de cette complication.

« Il est plus sage d'appliquer le traitement conservateur même à la rupture complète (après évacuation de la vessie, terminaison de l'accouchement par les voies naturellles et par l'intervention la plus douce).

L'accouchement terminé et l'utérus étant fixé en bonne attitude, tamponnement de la cavité cruentée avec de la gaze stèrilisé. En cas d'atonie de l'utérus, tamponnement lâche de sa cavité et toujours un tamponnement serré du vagin, puis bandage abdominal compressif.

Eventuellement hypodermoclyse, analeptiques, ligature, vessie de glace. Ce traitement doit toujours être fait à domicile, tout transport immédiat ayant une influence défavorable. Au contraire de deux à huit jours après l'accident, il y aurait utilité à transférer l'accouchée dans une clinique où le traitement consécutif avantageux peut être réalisé. »

---

1. *Abhandl. aus D. Gebiet ünd. Gynæk.* Berlin, 1909.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Boissard et Vignes, *Rupture spontanée de l'utérus chez une multipare à terme et en travail. Guérison sans opération* (*Bulletin de la société d'obstétrique de Paris*, novembre 1911).

Le 20 septembre 1911 vers 2 heures. M. Vignes, mon interne, me téléphone qu'on amène dans le service une femme en travail et à terme, dont l'état général est extrêmement grave ; elle arrive à la maternité avec le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire ou de rupture utérine.

Cette femme qui a eu ses dernières règles le 10 décembre 1910, a déjà eu quatre grossesses dont deux seulement sont allées jusqu'à terme, elle a eu curettage de l'utérus.

Dans la nuit du 20 septembre, la femme a été prise de douleurs abdominales brusques et violentes ; une sage-femme est appelée vers 6 heures du matin, le Dr Bourlot la voit également à 7 h. 1/2 et à 9 h. 1/2 ; il l'a fait alors transporter d'urgence à la maternité de Lariboisière où elle arrive vers 2 heures.

A son arrivée, M. Vignes constate un état général extrêmement grave : lèvres décolorées, facies tiré, hoquet, tem-

pérature rectale 37°4, extrémités froides, nez pincé ; pouls très rapide, tout petit, incomptable.

A l'examen on constate que tout l'abdomen est douloureux spontanément à la région hypogastrique et dans l'hypocondre droit avec irradiations dans l'hémithorax et le bras droit ; le ventre est peu météorisé, le fonds de l'utérus se trouvant à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; la pression au niveau de la fosse iliaque droite qui paraît empâtée, est excessivement douloureuse ; *l'utérus est dur et se contracte par intermittence*.

Écoulement par la vulve de sang noir, fluide, avec quelques caillots, au toucher, on constate que les membranes sont rompues et que la dilatation est grande comme une paume de main ; le sommet se présente à gauche avec procidence du bras et du cordon : l'enfant est mort, mais la partie fœtale est facilement accessible par le toucher.

Sur mes indications, M. Vignes fait une perforation du crâne avec l'instrument de Blot, puis après une tentative infructueuse du basiotribe, il fait une application de forceps qui permet d'extraire un enfant mort du sexe masculin du poids de 3.650 grammes. A 3 h. 1/2, délivrance artificielle, le placenta ne se décollant pas ; pertes de sang peu abondantes, la main introduite dans l'utérus pénètre dans l'abdomen par une déchirure qui siège sur la région antéro-latérale droite du segment inférieur ; les doigts sont sous la paroi abdominale et paraissent perdus dans la masse intestino-épiploïque.

Tamponnement vaginal.

J'arrive à 4 heures, et jugeant la situation comme perdue, j'écarte toute idée d'intervention qui aurait laissé la femme

morte sur la table d'opération : le shock est énorme,le pouls à 150 presque incomptable, facies tiré, angoissé, voix cassée, mais l'utérus *petit, revenu sur lui-même rétracté, est le siège de contractions manifestes* ; peu d'hémorragie externe ; en raison de l'absence d'hémorragie et surtout en présence de l'état de l'utérus, je préfère pratiquer un tamponnement utéro-vaginal avec de la gaze stérilisée, injection sous-cutanée avec 600 grammes de sérum et huile camphrée,glace sur le ventre et injection sous-cutanée avec 1 centimètre cube d'ergotine pour maintenir l'utérus rétracté ; on soulève avec deux briques le lit de la malade du côté de la tête,pour empêcher le sang épanché dans la cavité abdominale de s'écouler sous le diaphragme.

Le lendemain matin, 21 septembre,la malade se sent assez bien, température 37°2, pouls 128, bonne réaction, facies coloré : l'utérus est toujours dur et bien rétracté,à un travers de main au-dessus du pubis : pas de vomissements, miction spontanée, pas d'émission de gaz par le rectum : on retire le tampon vagino-utérin et l'on en place un autre ; peu d'écoulement sanguin, pas de fétidité ; par le cathétérisme on retire 250 grammmes d'urine limpide, 1 gramme de sulfate de quinine.

Le soir, pouls 140, température 38°2 ; léger météorisme abdominal, mais pas de sensation de tumeur au niveau de l'hypogastre, utérus toujours petit et bien rétracté, mais, dans la nuit, survient une défaillance, huile camphrée et caféine.

22 septembre. -- Au matin,température 38 degrés,pouls 136, facies reposé, léger météorisme abdominal, miction spontanée : 1 litre d'urine. Au toucher,on sens que la paroi anté-

rieure du vagin est refoulée par un hématome rétro-pubien : cette saillie vaginale empêche d'arriver sur le col qui, au moment de l'entrée de la malade, n'avait pu être senti qu'en faisant le toucher manuel.

23 septembre. — Au matin, assez bon état général, 1.100 grammesd'urine, pouls 132.

Les jours suivants, l'état général va en s'améliorant jusqu'au 26, la température monte à 39 degrés avec écoulement de lochies et de caillots fétides ; une injection d'eau bouillie est faite dans l'utérus : trois injections vaginales dans les vingt-quatre heures ; la température descend, et du 28 septembre au 7 octobre, elle ne dépasse pas 37°6 ; à partir du 9 octobre, elle est redevenue normale soir et matin ; la malade sort guérie le 12 octobre. A l'examen par le toucher, le doigt, après avoir franchi le col utérin, pénètre dans une anfractuosité qui semble conduite entre les feuillets du ligament large du côté droit.

La malade sort donc complètement guérie après un séjour de vingt-deux jours à l'hôpital, la température s'étant élevée une seule fois à 39 degrés dans ce cas de rupture spontanée de l'utérus.

M. Boissard ajoute :

Cette observation démontre qu'en face d'une rupture utérine la conduite ne saurait être uniforme, et que si le plus grand nombre de ruptures utérines nécessite la laparotomie avec hystérectomie, il y a des cas où l'abstention chirurgicale doit être observée ; pour ma part, quelle que soit la rapidité avec laquelle a été faite l'hystérectomie après le moment où s'est produite la rupture, je n'ai jamais vu guérir

de malades ; dans le cas particulier, mon abstention voulue a été basée sur l'état formidable du shock, le peu d'abondance de l'hémorragie,et l'état particulier de l'utérus qui était petit, dur, rétracté et se contractant ; j'ai systématiquement maintenu cet état utérin en donnant de l'ergotine et de la quinine, pensant que cette rupture complète et très étendue était probablement sous-péritonéale.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à l'obligeance de M.le Dr Boissard.)

La nommée B... Henriette, âgée de trente-quatre ans, VII-pare, entre le 14 novembre 1911 à la maternité de l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Boissard.

Elle est en travail et paraît à terme.

Cette femme a été réglée à quinze ans,elle a eu 6 grossesses à terme, il ne lui reste plus que 3 enfants vivants dont le dernier qui s'est présenté par l'épaule.

Les dernières règles : la conception a eu lieu dans l'aménorrhée de l'allaitement.

Les premières douleurs se sont manifestées le samedi 11 novembre à 7 heures du soir. Elle se sont arrêtées le lendemain, dimanche 12 novembre, à 3 heures du matin. Dans la nuit du dimanche 12 au lundi 13, la parturiente a perdu les eaux et a ressenti de vagues douleurs. Le mardi matin 14 novembre,les douleurs se sont manifestées de nouveau et le même jour à 2 h. 15 de l'après-midi,cette femme est entrée à la maternité de Lariboisière avec un bras procident depuis

quelques instants. Elle était accompagnée par la sage-femme qui l'avait assistée depuis le début de son travail.

L'examen, à l'arrivée, fait constater l'absence totale des bruits du cœur de l'enfant, une dilatation presque complète, la procidence d'un gros bras droit et on pose le diagnostic d'A.I.D. de l'épaule droite et gros enfant mort.

La température est de 38°6, et le pouls bat 110.

La femme se plaint d'une grande fatigue, mais ne ressent aucune douleur spéciale, son facies n'est pas altéré.

On se décide alors à intervenir. La sage-femme, qui a accompagné sa cliente, ayant affirmé que la poche des eaux venait de se rompre une heure auparavant, vers 1 h. 1/2 de l'après-midi, on se décide pour la version par manœuvres internes. A cet effet, on introduit la main droite dans l'utérus à la recherche d'un pied. Avant d'être arrivé sur le pied, on aperçoit, au niveau des têtes métacarpiennes, un craquement assez fort; comme la femme ne manifeste aucune douleur et comme il n'y a pas d'écoulement notable de sang, on continue la version. Elle se termine très bien et on extrait un gros enfant mort depuis peu, pensant 3.950 grammes. Le placenta ne se décollant pas, on procède à une délivrance artificielle et on ramène le placenta pesant 490 grammes. A ce moment, le pouls bat 80.

On introduit de nouveau la main dans l'utérus et on découvre, au niveau du bord gauche de l'organe, une solution de continuité paraissant large de trois à quatre travers de doigt et conduisant dans le ligament large du même côté.

Fait intéressant à noter : à aucun moment la femme n'a accusé de douleur particulièrement vive ; quoique très

fatiguée, elle n est nullement en état de shock et n'a pas d'hémorragie.

Etant donné le peu d'intensité des phénomènes généraux, et ce fait que la femme ne saigne pas et que son utérus se contracte et a tendance à se contracter, le Dr Boissard se décide à ne pas intervenir par la voie abdominale.

On fait une toilette minutieuse de la femme ; on lui donne une injection vaginale d'eau bouillie, et une injection intra-utérine également d'eau bouillie ; on ne pratique pas le tamponnement. Il est prescrit en plus une injection sous-cutanée d'ergotine, de la glace sur le ventre et un large bandage abdominal compressif.

Le soir la température se maintient à 38 degrès et le pouls bat à 110, mais pas d'hémorragie, l'utérus est bien rétracté. Le lendemain 15 novembre, la température est descendue à la normale et le pouls bat à 80, il est prescrit seulement une injection vaginale matin et soir, que l'on renouvelle tous les jours suivants. La quantité d'urine est normale, mais la femme est très constipée.

Cet état se maintient jusqu'au 18 novembre.

Le matin de ce jour, la température est de 38 degrès, le pouls bat à 120 et de plus il s'écoule par le vagin une certaine quantité de sang d'odeur infecte. En présence de ces symptômes on introduit par le col jusqu'au niveau de la brèche utérine, l'extrémité d'une sonde intra-utérine et l'injection d'eau bouillie chaude ramène une certaine quantité de sang. On prescrit en plus, du sulfate de quinine, et on maintient toujours la glace sur le ventre.

Le soir la température est de 37°8, le pouls bat à 80, la malade va mieux.

Le lendemain se produisent des émissions spontanées de gaz, à la suite desquelles la malade se sent très soulagée.

Le 21, on renouvelle l'injection intra-utérine, il ne s'écoule presque rien.

Les jours suivants, il est prescrit une injection vaginale chaude matin et soir. La malade va beaucoup mieux, sa température se tient à la normale, son pouls est bon, son état général s'améliore, elle a bon appétit.

Enfin le dimanche 3 décembre après dix-huit jours de traitement, elle quitte l'hôpital complétement guérie.

OBSERVATION III (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Boissard)

La nommée A..., Julia, âgée de vingt-neuf ans, primipare entre, le 8 mars 1912 à 9 heures du matin, à la maternité de l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Boissard.

Cette femme a été réglée à l'âge de treize ans, la date de ses dernières règles remonte au 20 août 1911 et les mouvements actifs du fœtus sont apparus vers Noel. Sa grossesse est donc au terme de six mois.

8 mars 1912. — Dans la nuit, à 1 heure du matin, elle a ressenti les premières douleurs du travail, en même temps que se déclarait une hémorragie très abondante qui a cessé spontanément.

Vers les 7 heures du matin, le même jour la poche des eaux s'est rompue. La femme entre deux heures plus tard, à 9 heures du matin, à la maternité de Lariboisière.

On constate alors, à son arrivée, que l'utérus remonte, à

un travers de doigt, au-dessus de l'ombilic, qu'il est le siège de contractions douloureuses, et que son fond présente un ballottement céphalique ; on sent d'ailleurs au palper, au-dessus du pubis, un petit siège élevé et mobile. L'auscultation ne révèle ni chocs, ni bruits du cœur fœtaux,

Le toucher fait sentir un col complétement effacé et une ébauche de dilatation, à peine grande comme 5o centimètres, le siège perçu par la palpation est nettement reconnu par le toucher, enfin le doigt qui a touché est retiré tout sanglant.

On pose alors le diagnostic d'avortement chez une femme enceinte de six mois, dû probablement à une insertion basse du placenta, et enfant mort.

Comme la température est à ce moment de 37°8 et le pouls bien frappé à 84, comme l'état général de la femme est bas, M. le Dr Boissard décide d'attendre, faisant préparer le necessaire pour intervenir à la première alerte. On donne à la femme une injection vaginale avec de l'eau bouillie chaude et on lui fait un tamponnement du vagin avec de la gaze stérilisée

Le soir, la température est de 88 degrès, le pouls bien frappé.

Les douleurs ont diminué d'intensité et de nombre. Il ne s'est pas produit de nouvelle hémorragie, on laisse alors le tamponnement vaginal du matin.

Le lendemain matin, 9 mars, la température atteint 39°,5 le pouls quoique rapide est bien frappé ; les douleurs sont plus rapprochées et plus fortes et vers les neuf heures une nouvelle hémorragie très abondante survient. On enlève le tamponnement vaginal, on fait une irrigation d'eau bouillie

chaude. Le toucher fait sentir une dilatation grande comme une pièce de 5 francs et fait diagnostiquer une présentation de l'épaule droite avec procidence d'un gros paquet de cordon.

En présence de l'hémorragie abondante, devant la menace d'une infection grave, M. le Dr Boissard se hâte d'intervenir. Avec précaution, il essaie une version par manœuvres internes et cherche à abaisser un pied, mais, l'utérus, vide d'eau se contracte si fortement et est tellement rétracté sur le fœtus, qu'il renonce à ce procédé dangereux, et tente le broiement du tronc. Après avoir perforé et morcelé la cage thoracique avec les ciseaux de Dubois, il procède à une éviscération complète, puis fragmentant le tronc, il en fait l'extraction, laissant la tête derrière sur laquelle il pratique une basiotripsie. Il extrait ainsi de l'utérus, après cette intervention qui avait présenté de grandes difficultés vu l'état de contracture de l'utérus, un enfant du poids de 1.020 grammes.

Après une injection intra-utérine à l'eau oxygénée, M. Boissard pratique une délivrance artificielle et retire un placenta pesant 300 grammes. Faisant alors un nouveau toucher manuel, il découvre sur la face antérieure du segment inférieur de l'utérus une solution de continuité, paraissant large de deux travers de doigt, résultant probablement d'une perforation de l'organe au cours des manœuvres précédentes. Il ne se produit pas d'hémorragie nouvelle, et la femme n'accuse aucune douleur spéciale à l'abdomen, elle ressent uniquement une grande fatigue. La température est de 39 degrés et le pouls à 110 est bien frappé.

1. Nouvelle injection intra-utérine, mais cette fois-ci iodée.

Tamponnement serré de l'utérus avec de la gaze iodoformée, suivi d'un tamponnement du vagin qui présentait de légères lésions de la voûte. On fait en même temps à la femme une injection sous-cutanée d'huile camphrée. On l'isole dans une petite chambre, avec de la glace sur le ventre et on la maintient dans son lit, dans la position assise, évitant ainsi le bandage abdominal.

Le soir, la température est toujours de 39°5, le pouls bat à 110. On renouvelle l'injection d'huile camphrée et on laisse la glace sur le ventre.

10 mars. — Au matin, la température tombe brusquement à 37°2, la femme est toujours maintenue assise, on enlève le tamponnement vaginal, on laisse celui de l'utérus, on donne une injectidn vaginale et on maintient la glace.

Le soir, la température remonte à 39°2, le pouls bat à 110, on retire les deux tamponnements, on fait une injection intra-utérine iodée et on tamponne à nouveau et l'utérus et le vagin avec de la gaze iodoformée.

11 mars. —Au matin, la température est de 37°2, le pouls 80, on donne une injection vaginale.

Le soir, la température atteint 38°2, nouvelle injection vaginale.

12 mars. — Au matin, la température est de 37 degrés, on enlève le tamponnement utérin, on procède à une grande injection intra-utérine à l'eau oxygénée, on maintient la glace sur le ventre, la malade restant toujours assise dans son lit. Le soir, température 37°6, la malade va beaucoup mieux.

Le 13 mars et les jours suivants, la température oscille entre 37 et 37°6. Les forces reviennent, le facies se colore, et

après un séjour de quinze jours à la maternité, la femme en sort guérie le 25 mars 1912.

Les deux observations suivantes relatent deux cas de ruptures de l'utérus, particulièrement graves quant à leurs complications, c'est-à-dire l'hémorragie et l'infection. Ces cas, malgré le shock énorme, ne pouvaient être soumis au traitement par l'expectation. Dans l'observation IV, en effet, la rupture complète est transpéritonéale et s'accompagne d'une hémorragie considérable, le délabrement est tel que toute tentative d'asepsie par les voies génitales est impossible. Dans l'observation V, la présence du placenta très adhérent ne peut qu'accentuer l'infection déjà existante, et toutes les tentatives faites pour l'extraire ne peuvent qu'agrandir la rupture.

Ces deux observations que nous rapportons ici à dessein, prouvent que, tout en étant partisan de l'expectation dans la majorité des cas, nous savons reconnaître que l'hystérectomie abdominale peut être le seul traitement auquel il faut avoir recours.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Boissard.)

La nommée S... Marie, âgée de trente ans, secondipare, entre le 5 juillet 1911 à 8 heures du soir à la maternité de l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Boissard.

Son premier accouchement à été normal et son enfant est

actuellement vivant. La date de ses dernières règles remonte au 1er octobre 1910.

Elle est accompagnée par la sage-femme qui l'a assistée pendant le travail. Les premières douleurs se sont manifestées le 1er juillet et la dilatation n'a été complète, au dire de la sage-femme, que le 5 juillet à 2 heures du soir, heure à laquelle les membranes se sont rompues spontanément.

A l'arrivée, on constate une dilatation complète, un bras droit procident ainsi que le cordon qui apparaît à la vulve, ce cordon ne présente plus de battements. On fait alors le diagnostic de présentation de l'épaule droite en A. I. D., variété dorso-postérieure, avec enfant mort.

La femme est très faible, son pouls est très rapide et on se hâte d'intervenir.

Après anesthésie légère de la femme au chloroforme, on tente une version par manœuvres internes, elle s'effectue sans difficulté et on extrait facilement un garçon mort, non macéré, du poids de 2.420 grammes. On procède ensuite à une injection intra-ovulaire avec de l'eau bouillie. Le placenta est très adhérent et l'on pratique une délivrance artificielle. Le placenta pèse 370 grammes.

On fait une nouvelle injection intra-utérine avec de l'eau bouillie, mais une hémorragie abondante se déclare, le ventre se ballonne rapidement, et on reconnait à la vulve la présence de l'épiploon.

En présence de cette rupture évidente de l'utérus, en présence de l'état de shock assez prononcé de la femme, et en présence de l'hémorragie sérieuse, on prévient M. le Dr Boissard. En l'attendant on fait un tamponnement serré de l'utérus, et on procède à une injection sous-cutanée de

5oo centimètres cubes de sérum, suivie d'injections sous-cutanées d'éther, d'huile camphrée et de caféine.

M. Boissard constatant que l'hémorragie n'a pas de tendance de s'arrêter, que la rupture est transpéritonéale, et que l'infection consécutive est certaine, décide de pratiquer une hystérectomie abdominale sub-totale.

A ce moment, l'état de la femme est très alarmant, le pouls tout petit est incomptable.

L'opération se poursuit pourtant rapidement. M. Boissard, assisté de M. Vignes, découvre un utérus qui présentait une déchirure du segment inférieur remontant jusqu'au ligament large du côté gauche et le pénétrant. Il sectionne l'utérus au niveau de la rupture, suture et enfouit le moignon, draine et suture la paroi en trois plans.

On fait de nouveau à la femme des injections d'éther, d'huile camphrée et de caféine, et enfin 5oo centimètres cubes de sérum.

Mais l'état général ne s'améliore pas, le shock est énorme, le pouls est toujours incomptable, et la femme meurt le 6 juillet à 1 h. 3o du matin.

OBSERVATION V (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Boissard.)

La nommée D... Marthe, âgée de vingt ans, primipare, est entrée le 5 avril 1912, à 11 heures du matin, à la maternité de l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Boissard.

Elle ignore la date de ses dernières règles, elle est accouchée prématurément à six mois.

Les premières douleurs se sont manifestées le jeudi 4 avril dans l'après-midi. La dilatation complète a été constatée à 5 heures du matin, le 5 avril, les membranes se sont alors rompues spontanément. L'accouchement a été fait par une sage-femme de ville à 6 h. 1/2 du matin le même jour. Fille vivante du poids de 1.070 grammes n'ayant vécu que quatorze heures. La sage-femme a fait des injections vaginale et intra-utérine. La délivrance ne s'étant pas effectuée spontanément, elle s'est abstenue de toute tentative de délivrance artificielle et a conseillé à sa cliente d'entrer à l'hôpital.

La femme arrive ainsi à la maternité de Lariboisière à 11 heures du matin, avec une rétention du placenta, pour un accouchement prématuré de six mois, sa température est de 38°2 et son pouls bat à 140.

On tente une délivrance artificielle, mais on n'arrive à aucun résultat. On décide alors d'attendre au lendemain pour pratiquer un curettage et on prescrit des injections vaginales chaudes, une injection sous-cutanée d'huile camphrée, de la quinine et de la glace sur le ventre.

Le lendemain matin, 6 avril, la température est de 38 degrés, on pratique le curettage. Après dilatation du col avec les bougies de Hégard, on fait pénétrer la curette dans l'utérus. Il se produit à ce moment une perforation du segment inférieur en avant et à droite, accompagnée d'une hémorragie qui ne tarde pas à s'arrêter spontanément, la femme ressent alors une violente douleur dans le côté droit de l'abdomen. On lui fait une injection de 1 centimètre cube d'huile camphrée.

Toute tentative de délivrance artificielle est désormais rendue impossible, le curettage doit être abandonné ; la rupture utérine n'est plus justiciable de l'expectation, à

cause de la présence du placenta adhérent, source d'infection déjà commençante; M. Boissard se décide alors à pratiquer une hystérectomie abdominale subtotale.

Il sectionne l'utérus au niveau de l'orifice de perforation, lie les pédicules au catgut, suture le moignon, en fait la péritonisation, draine et suture enfin la paroi en trois plans.

La température, après l'opération, est de 37°2, et le pouls bat à 120. Il est prescrit une injection de sérum de 1 centimètre cube d'huile camphrée.

On constate que le fond de l'utérus sectionné, est occupé par un large débri de placenta adhérent.

Le lendemain, 7 avril, le pouls bat 110, et la température est de 38°5, on renouvelle les 500 centimètres cubes de sérum.

Les 8, 9, 10 avril, le pouls se maintient à 100 et la température oscille entre 37°5 et 38 degrés.

11 avril. — La température monte à 38°8, le pouls reste à 90, on change le drain.

Les jours suivants, la température est normale, le pouls à 80, on renouvelle tous les jours le pansement de la plaie, et la malade sort de l'hôpital le 8 mai 1912, complètement guérie.

OBSERVATION VI

(*In* thèse Brossard.)

La nommée M..., trente-deux ans, couturière, est entrée à la maternité de l'hôpital Lariboisière le 31 juillet 1889.

Cette femme, primipare, d'une bonne santé habituelle, a toujours été régulièrement réglée. Durée habituelle des règles : trois jours.

Dernière apparition des règles le 7 octobre. La grossesse semble être à son terme. Aucun accident pendant la grossesse, si ce n'est des gastralgies fréquentes.

Les premières douleurs apparaissent le 31 juillet à 3 heures du matin.

Dans la journée, un médecin appelé fait plusieurs applications de forceps sans résultat.

La malade entre dans la nuit à l'hôpital, la palpation est douloureuse, et la douleur ne permet pas de faire un examen approfondi, l'auscultation ne donne rien.

Au toucher, on trouve la tête mobile au détroit supérieur se présentant en O. I. G. T.

Le promontoire est accessible. La dilatation est incomplète, et du côté droit on trouve le col déchiré. En suivant la déchirure avec le doigt aussi loin qu'on puisse aller, on ne peut trouver la limite de cette déchirure.

La malade reste dans le même état toute la nuit, n'ayant aucune contraction utérine.

Dans la matinée du 1er août à 11 heures, M. Porack fait une basiotripsie. Mais à cause de la déchirure, il amène avec précaution la tête dans l'excavation, puis il enlève le basiotribe et termine l'extraction de la tête et des épaules.

L'enfant, un garçon, pèse 3.200 grammes sans l'encéphale. Délivrance naturelle, vingt minutes après.

L'examen, fait à ce moment, fait constater la déchirure du côté droit, mais elle se prolonge si loin que M. Porack porte alors un pronostic des plus graves.

Néanmoins on soumet la malade à une irrigation vaginale chaude, glace sur le ventre, opium, todd.

La température après s'être maintenue entre 38 et 39 degrés

pendant quatre jours, tombe entre 37 et 38. Les injections sont supprimées le cinquième jour.

L'état de la malade est assez satisfaisant et malgré une ascension thermique de temps en temps, cet état continue à s'améliorer et la malade quitte l'hôpital le 1er septembre.

OBSERVATION VII

III-pare, rupture incomplète. Enfant mort hydrocéphale, administration de seigle ergoté à domicile. Durée du travail trente-huit heures. Perforation. Tamponnement, guérison au bout de vingt-et-un jours.

OBSERVATION VIII

VI-pare. Rupture incomplète. Enfant mort, O. I. G. A. Durée du travail vingt heures. Forceps. Tamponnement. Guérison en dix-neuf jours.

Les observations VII et VIII ont été recueillies telles quelles dans le mémoire de Hépités. Bucarest 1884.

OBSERVATION IX

(Audronesco)

III-pare. Rupture incomplète pour la deuxième fois.

Expulsion à domicile du fœtus, siège.

Fœtus et placenta dans la poche formée par le décollement du feuillet péritonéal. Guérie en trente-deux jours.

Cette femme succombe à une grossesse ultérieure à la suite d'une troisième rupture de l'utérus.

OBSERVATION X (résumée)

(*in* thèse Brossard)

La nommée S..., III pare ressent les premières douleurs le 23 décembre 1882 à 8 heures du soir, en même temps que se rompent les membranes. La tête occupe la région hypogastrique, le dos est à droite. Le col est complètement effacé présentant encore un bourrelet saillant. La présentation est très élevée et difficilement accessible. Les contractions sont peu énergiques, la dilatation à dix-heures du soir est de 2 francs.

A partir de ce moment le travail ne fait aucun progrès, le col parait même se refermer.

Le 25 décembre, au matin, la parturiente fait de violents efforts pour vomir. Tout-à-coup, elle se plaint d'une vive douleur abdominale, au point de ne pouvoir supporter la pression la plus légère du sthétoscope.

A 11 h. 45 du matin la dilatation étant complète et le sommet restant au-dessus du détroit supérieur, on pratique la version podalique. Céphalotripsie sur la tête dernière.

En introduisant la main dans l'utérus pour chercher le placenta qui était complètement décollé, la sage-femme constate une profonde déchirure siégeant sur la paroi utérine à droite et en arrière.

On fait, toutes les deux heures, à la malade, des injections au

sublimé. A six heures du soir on constate un léger ballonnement du ventre. Application de glace sur l'abdomen.

Dans la soirée, vomissements porracés qui se reproduisent le 26 au matin.

Le traitement fut continué de la même façon, et la malade sortit guérie le 22 avril 1883.

OBSERVATION XI

(*in* thèse Brossard)

Le 28 juin 1889, à 11 heures du matin, la nommée Q... est amenée à la maternité. Elle est à sa neuvième grossesse.

Elle a eu trois accouchements naturels, puis un avortement de trois mois et demi, un autre accouchement normal et un avortement de quatre mois et demie. Enfin la septième et la huitième grossesse se sont terminées à terme et naturellement.

La grossesse actuelle est arrivée à terme comme l'indiquent les dernières règles qui datent du 11 au 19 septembre 1888.

Elle évolua normalement. Dans les premiers mois la malade eut des faiblesses, des nausées, de l'inappétence. Le 25 juin à quatre heures du matin, elle commença à avoir des douleurs et fit demander une sage-femme qui rompit les membranes à 7 h. et demi.

A partir de ce moment les contractions deviennent moins fréquentes. Elle n'avait des douleurs que toutes les heures, et parfois même restait deux heures sans en avoir. Ce n'est que le 27 à 11 heures du soir que les contractions reparaissent. Le 28 au matin, la sage-femme tenta la version. Ne

réussissant pas, elle fit demander un médecin qui fit plusieurs tentatives sans résultat. On l'envoie alors à la maternité.

A son entrée, facies pâle, traits altérés, nez pincé, lèvres un peu violacées, pouls fréquent. Le membre supérieur gauche du fœtus est complètement sorti, l'épaule engagée dans l'orifice vulvaire, l'utérus contracté. La femme fait des efforts énergiques. Il semble par moments que l'évolution spontanée va se produire, mais il n'en est rien.

La femme étant soumise à l'action du chloroforme, M. Bouilly procède à la détruncation. Après la section du cou faite à l'aide de ciseaux, on amène facilement le tronc de même que la tête, laquelle reste attachée au tronc par un lambeau de peau.

Le placenta étant décollé, on fait aussitôt la délivrance.

En introduisant la main dans l'utérus, on constate alors l'existence d'une rupture siégeant à la paroi latérale droite, au niveau du segment inférieur. On pénétrait à ce niveau dans la cavité péritonéale.

On fit plusieurs injections intra-utérines avec du sublimé à 1 pour 500 à 48 degrés.

Comme il s'écoulait une assez grande quantité de sang, M. Bouilly fit le tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée.

Glace sur le ventre. Alcool.

Une demi-heure environ après le pansement, la femme pâlit tout à coup, le pouls devient imperceptible, on retire alors le tampon, on fait plusieurs injections intra-utérines, on comprime l'abdomen de façon à abaisser l'utérus et à faire une compression sur l'aorte.

Piqûre d'éther et tamponnement nouveau du vagin avec la gaze iodoformée.

Plusieurs fois, cet état syncopal réapparaît, mais peu à peu la pâleur diminua, les muqueuses reprirent une couleur normale. La malade fut maintenue dans une immobilité complète, on continua la compression abdominale légère à l'aide de sacs de glace.

Les suites de couches ont été compliquées de fièvre, néanmoins la malade a quitté l'hôpital en bon état.

OBSERVATION XII

(Guéniot, *Gazettes des hôpitaux*, 1890.)

Une femme entre le 14 juillet à la maternité avec une rupture complète de l'utérus. Le fœtus était même en grande partie dans la cavité abdominale. L'état général de cette femme étant mauvais, la sage-femme tenta immédiatement l'extraction par les voies naturelles.

Le fœtus fut assez facilement extrait, il était mort.

La sage-femme avait pu saisir avec la main pendant ces manœuvres le ligament rond et le bord inférieur du foie, ce qui prouve que le fœtus était bien dans la cavité abdominale. Le placenta était également dans l'abdomen.

Je vis cette femme après l'extraction du fœtus et je conseillai, en m'abstenant de toute intervention chirurgicale, de de la réchauffer, de lui faire prendre des toniques, de lui faire des piqûres d'éther, en même temps qu'on exerçait une certaine compression de l'abdomen de haut en bas, afin de rapprocher les parties divisées. Des vessies de glace furent

placées sur l'abdomen et des injections antiseptiques furent faites dans le vagin.

La malade eut pendant quelque temps une douleur vive au niveau de la déchirure, c'est-à-dire à la jointure du corps et du col, au-dessus de l'anneau de contraction. La température s'éleva pendant quelques jours à 39 degrés, mais se maintient principalement autour de 38 degrés.

Après des menaces peu accentuées de péritonite, elle se remet complètement et est aujourd'hui complèment guérie.

M. Guéniot ajoute :

Cette observation semble prouver que la toilette minutieuse du péritoine, à l'aide d'une laparotomie, n'est nullement indispensable pour obtenir la guérison, à condition que ni le fœtus, ni le délivre, ni la main de l'accoucheur ne soient entachés de matières septiques.

Je crois pouvoir tirer de mon observation les conclusions suivantes : quoique toujours extrêmement grave, la rupture complète ou transpéritonéale de l'utérus qui, naguère encore, entraînait un pronostic de mort, est devenue de nos jours une affection curable.

OBSERVATION XIII

(*In* thèse Blasart.)

Mme B..., quarante ans, journalière, entre à la maternité de l'hôpital Tenon, le 21 octobre 1899, à 3 heures du matin.

Elle a été réglée à douze ans et toujours régulièrement.

Dans les antécédents, on relève : une première grossesse qui s'est terminée en mai 1886 par un accouchement normal et à terme ; l'enfant est mort à l'âge de un mois.

Elle est accouchée une deuxième fois normalement et à terme le 15 octobre 1887, l'enfant est vivant.

En 1889, elle accoucha d'un enfant mort par suite de circulaire du cordon autour du cou.

Enfin, en janvier 1895, elle a eu un enfant vivant à terme.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 29 février 1899 et elle paraît, d'après cela, enceinte de huit mois.

La malade ne s'est jamais fait examiner pendant sa grossesse, mais n'a rien éprouvé d'anormal.

19 octobre. — Au soir, elle a ses premières douleurs.

Elle appelle une sage-femme qui l'examine et qui, ayant probablement méconnu la présentation, perce la poche des eaux pour accélérer le travail.

Après l'écoulement du liquide amniotique, les douleurs de la femme cessent et le travail s'arrête et rétrocède. La femme passe toute la nuit et la journée du lendemain sans avoir de douleurs. Elle peut même vaquer comme d'ordinaire à ses occupations.

Les douleurs reprennent à 5 heures du soir et à 11 heures elle envoie chercher la même sage-femme.

Celle-ci examine la malade et sent dans le vagin une main de l'enfant. Elle introduit alors la main dans l'utérus et essaie de saisir un pied pour pratiquer la version par manœuvres intérnes.

Les membranes étant rompues depuis vingt-quatre heures, la sage-femme eut beaucoup de peine à faire avancer la main

et la malade ne voulant pas la laisser continuer plus longtemps demande à être transférée à l'hôpital.

La femme arrive donc à la maternité le 21 à 3 heures du matin. On l'examine, et on trouve à la vulve un bras violacé accompagné du cordon dans lequel on ne perçoit plus de battements.

Les bruits du cœur ne sont plus perceptibles et on pose le diagnostic suivant : présentation de l'épaule droite en A. I. D. P. avec procidence du cordon et enfant mort, utérus très rétracté sur le fœtus.

M. Boissard confirme le diagnostic posé et reconnaît, en outre, une sorte de bride verticale partant du bord du col utérin sur la paroi postérieure et allant par un trajet oblique sur la paroi latérale droite. M. Boissard soupçonne une rupture de l'utérus.

La malade étant endormie, il lui fait l'opération de l'embryotomie cervicale avec l'embryotome de Tarnier. Il extrait d'abord le tronc, puis la tête vient très facilement. L'enfant, du sexe masculin, pèse 1.950 grammes.

On fait immédiatement la délivrance artificielle. Puis on fait à la malade une injection intra-utérine avec une solution de sublimé à 1 pour 4.000 et on s'aperçoit, par la palpation abdominale, que la sonde est très près de la paroi.

M. Boissard fait le toucher intra-utérin et constate que la bride qu'il avait senti avant l'accouchement est une rupture qui s'avance vers la partie latérale droite. Il suppose que la déchirure s'arrête au péritoine qu'elle laisse intact.

Aucune hémorragie ne s'est produite pendant l'opération. La température est de 37°2. Le soir, la température étant de

38°2, on fait à la malade une injection intra-utérine avec de l'eau bouillie.

Pendant les deux jours suivants, tout va bien.

23 octobre. — La température est de 38 degrés. Les lochies étant fédides, on fait, à 11 heures du soir, une injection intra-utérine avec de l'eau oxygénée. L'injection ramène des débris sphacélés très fétides.

27 octobre. — La température du matin étant près de 38 degrés et la fétidité très accentuée malgré des injections vaginales données à la malade toutes les deux heures, l'utérus étant très gros, on fait une nouvelle injection intra-utérine avec de l'eau oxygénée, on retire de l'utérus un liquide roussâtre très fétide et quelques débris sphacélés.

La sonde intra-utérine se dirige nettement vers la droite de la malade qui souffre de la cuisse correspondante pendant l'injection.

Au toucher, la déchirure existe toujours quoique en voie de cicatrisation, l'utérus est latéro-dévié sur la droite.

28 octobre. — La température du matin est bonne ; le soir, la femme salit sa garniture avec des matières purulentes excessivement fétides. La température monte à 38°8 et on fait de nouveau l'injection intra-utérine avec l'eau oxygénée qui ramène encore du liquide fétide et des débris sphacélés.

29 et 30 octobre. — La température étant très élevée, on fait des injections intra-utérines à l'eau oxygénée.

31 octobre. — La température tend à diminuer et le 1er novembre on ne fait pas d'injection.

2 octobre au soir. — Le thermomètre marque 38 à minuit, on décide de faire une injection intra-utérine et on retire un volumineux lambeau sphacélé et très fétide.

La température tombe le lendemain à 36°9 pour ne plus remonter au-dessus de 37°2.

Depuis l'accouchement les phénomènes péritonéaux n'ont été accusés nettement à aucun moment.

Au début, le deuxième jour le ventre météorisé, très augmenté de volume était tympanique à la percussion, on voyait sous la peau se dessiner les anses intestinales.

Le 23, la femme vomit un peu de matières verdâtres, trois ou quatre fois de suite.

A partir de ce jour s'est établie une diarrhée fétide très abondante qui a continué jusqu'a la chute complète de la température.

A partir du cinquième ou sixième jour, le météorisme a commencé à disparaître. Durant toute cette période, la malade n'a jamais eu de délire, le pouls est resté bon, oscillant entre 100 et 110.

Comme alimentation la malade a eu pendant les huit premiers jours du lait, du champagne, du thé léger.

Vers le quinzième jour est apparue une escarre fessière très superficielle qui a cédé rapidement au décubitus latéral et à la poudre de Lucas-Championnière.

7 novembre. — La malade va tout à fait bien. Au toucher on arrive sur le col dont la lèvre antérieure semble séparée du reste et dans lequel on pénètre facilement.

On sent du côté droit un diverticulum en voie de cicatrisation, on ramène encore un peu de pus avec le doigt.

10 novembre. — On permet à la femme de se lever et elle sort le 12 de l'hôpital, complètement guérie.

OBSERVATION XIV

(Boissard, in thèse Blasart.)

Mme K..., trente-trois ans, entre à l'hôpital le surlendemain de son accouchement, le 10 avril 1899.

Dans ses antécédents on trouve 2 accouchements normaux à terme ; les enfants sont morts actuellement. Cette femme a eu ses dernières règles le 6 septembre 1898. L'époque présumée de la grossesse est donc de sept mois. La malade a été accouchée en ville le 8 avril à 3 h. 1/2 du soir d'un enfant mort et macéré qui se présentait par l'épaule.

L'extraction du fœtus fut faite par version podalique. Au dire de la malade, le médecin qui l'assistait eut beaucoup de mal pour mener à bien cette version. Il aurait éprouvé une certaine résistance pour faire franchir le col au fœtus et aurait cru percevoir un bruit de craquement du segment inférieur de l'utérus.

La malade aurait éprouvé immédiatement des douleurs dans le bas-ventre et aurait commencé à avoir des vomissements.

La délivrance artificielle fut faite aussitôt après l'accouchement et fut suivie d'une injection intra-utérine. Le lendemain les vomissements continuèrent et la malade ne put rien garder de ses aliments.

On fit alors une nouvelle injection intra-utérine. Le surlendemain 10 avril, comme la malade n'allait pas mieux elle fut conduite à l'hôpital. A l'entrée, on constate une tempéra-

ture de 38·2, un pouls fréquent fréquent, le facies péritonéal.

La malade a des vomissements répétés et abondants, elle rend tout ce qu'elle prend. Le ventre est ballonné, tympanique mais pas très douloureux à la palpation.

Le col est entrouvert, déchiré à droite, la rupture se prolonge au segment inférieur mais l'exploration n'est pas poussée trop loin de crainte d'agrandir la solution de continuité.

Le jour suivant la température retombe à la normale, mais le pouls reste fréquent, dépassant 120, atteignant même à certains moments 150 pulsations à la minute, petit, filant, très faible. La malade est agitée, a des vomissements de couleur verdâtre, d'odeur infecte, mais pas fécaloïdes.

On a donné régulièrement à la malade des injections vaginales et deux fois des injections intra-utérine. On a maintenu de la glace sur le ventre et donné des injections de morphine, du champagne, de la glace par la bouche.

La discordance entre le pouls et la température a persisté jusqu'au 15 avril, c'est dire que le pouls est resté défectueux et la température normale.

Le ventre n'a jamais été très douloureux et on l'a vu petit à petit diminuer de volume. Puis sept à huit jours après l'accouchement la malade a repris son teint et n'a plus eu de vomissements, mais a continué à avoir de la diarrhée, et de l'albumine dans les urines pendant quelques jours.

22 avril. — La malade paraît aller mieux. Elle n'a plus d'albumine, le ventre n'est plus sensible, le pouls est normal et la femme commence à manger. Au toucher vaginal on constate la lésion que nous avons déjà signalée du seg-

ment inférieur. Le col reste entrouvert, il paraît adhérer par la lèvre postérieure au cul de-sac latéral droit.

La malade quitte l'hôpital le 23 avril complètement guérie.

OBSERVATION XV (Résumée)

(In thèse Jolly.)

Mme X..., VII-pare, entre à la maternité le 19 octobre 1865, 8 h. 1/2 du matin. Le toucher fait constater un col infléchi à gauche, court et ouvert. La lèvre postérieure, mince, compacte, est formée par une cicatrice.

Les membranes sont rompues depuis quelques heures. Le siège se présente en S. I. G. A. Les contractions sont faibles et restent ainsi toute la journée.

Vers 10 heures du soir le travail n'a fait aucun progrès. On débride le col.

Extraction du fœtus, on va ensuite chercher le placenta dans l'utérus fortement contracté.

Bientôt l'utérus se relâche et l'examen fait constater une longue déchirure du col, se prolongeant dans le segment inférieur.

Le doigt porté au fond de la déchirure parcourt une assez large cavité à parois molles et vient sous la paroi abdominale un peu au-dessus du pubis droit.

Cependant, comme on ne sent pas d'anses intestinales à nu et que la cavité est limitée, il semble que la déchirure s'ouvre dans l'épaisseur du ligament large et n'intéresse pas le péritoine. Les suites de couches se compliquèrent d'un phlegmon

de la fosse iliaque gauche qui se termina par la résolution et le 22 novembre 1805, la femme partit guérie.

OBSERVATION XVI

(A. Gessner, *Semaine médicale*, 1895.)

Mme N..., âgée de vingt-deux ans, II-pare.

Le travail a débuté le novembre 1894, par la rupture de la poche des eaux. Vingt-quatre heures après la dilatation était complète et la tête fœtale engagée dans le bassin. Le médecin tenta une application de forceps, mais ne parvint pas à articuler l'instrument. Ayant constaté la mort de l'enfant, il fit parvenir à la clinique le diagnostic d'hydrocéphalie et menace de rupture utérine.

A l'arrivée, l'assistant constate l'état suivant, la malade se plaint de violentes douleurs dans le côté droit de l'abdomen, le pouls est bon et bat 92. Les contractions utérines sont fortes et régulières ; au-dessous de la symphyse il existe une tumeur dure arrondie, régulière, remontant jusqu'à l'ombilic.

L'utérus contracté est à gauche, il arrive au niveau du rebord costal et n'est séparé de la tumeur que par un sillon de la largeur de deux doigts. Il fait d'ailleurs corps avec cette tumeur.

L'abdomen est douloureux à la palpation, tout particulièrement du côté droit. Dans la cavité pelvienne on sent au toucher la tête hydrocéphalique.

Après narcose, on procède à la désinfection des voies génitales, puis à la perforation du crâne avec les ciseaux de

Nœgelé. Il s'écoule près d'un litre de liquide légèrement sanguinolent, après quoi, l'extraction de la tête est facile. La délivrance ne présente aucune difficulté, mais à l'exploration interne on constate une large déchirure commençant au dessus de l'orifice interne et se dirigeant à droite et en avant jusqu'à l'anneau de contraction. Il ne semble pas que le péritoine soit intéressé.

Comme il n'y a pas d'hémorragie, on se contente de tamponner la déchirure avec une bande de gaze stérilisée. Les suites de couches ne présentent rien d'anormal, sauf qu'il survient le septième jour une fistule vésico-cervicale qui nécessita une opération ultérieure.

OBSERVATION XVII

(*in* Thèse Brossard.)

La nommée L...,primipare, âgée de quarante-cinq ans, est entrée à la maternité le 12 mars 1889 à 8 heures du matin.

Premières règles à quinze ans, irrégulières, durée habituelle, quatre ou cinq jours, règles abondantes.

Dernières règles du 29 ou 30 mars 1888. Premières douleurs le 8 mars 1889 à 8 heures du soir.

La malade dit avoir eu des douleurs expulsives depuis le 9 mars jusqu'au 11 mars à 8 heures du soir.

A ce momeut, la sage femme fit demander deux médecins qui firent prendre de l'ergot de seigle à la malade,et tentèrent sans résultat. deux applications de forceps. Ils envoyèrent la malade à la maternité le 12 mars 1889.

Utérus très irrégulièrement développé, vessie très distendue par l'urine. Dilatation complète.

La tête profondément engagée en O. I. G. A. empêche de pratiquer le cathétérisme. On n'entend pas les battements du cœur. Application de forceps, extraction facile. L'enfant du sexe masculin et du poids de 3.770 grammes est mort et macéré. Les liquides qui s'écoulent des voies génitales sont entièrement fétides. On fait la délivrance artificielle et ensuite plusieurs injections chaudes avec une solution de sublimé à 1 pour 500.

En mettant la main dans l'utérus, on constate une rupture du segment inférieur ainsi qu'une déchirure de l'insertion vaginale. On peut aller à travers la déchirure jusque dans la cavité abdominale, mais le péritoine paraît seulement décollé. Injections et tamponnement à la gaze iodoformée. Trois sacs de glace sur l'abdomen. Pouls 160. Température 39 degrés. L'urine qu'on avait retirée de la vessie après l'expulsion du fœtus, contenait une assez grande quantité de sang. Toutes les heures on fait une injection de permanganate de potasse à 1 pour 2.000 Après chaque injection on tamponne à la gaze iodoformée. Bouillon, thé au rhum, champagne, banyuls, glace.

Le ventre se ballonne un peu, mais le lendemain le météorisme diminue, on continue l'ancien traitement tous les jours.

23 mars. — La malade quitte la chambre d'isolement.

31 mars. — Après la chute d'une escarre, on s'aperçoit que la malade urinait involontairement et on constate l'existence d'une fistule vésico-vaginale. Néanmoins, la malade quitte l'hôpital en bon état.

OBSERVATION XVIII

Budin, Société d'obstétrique de Paris, mars 1898.

La nommée B..., âgée de quarante-deux ans, est enceinte pour la septième fois. Les 6 grossesses antérieures se sont terminées spontanément par la naissance d'enfants qui ont présenté le sommet. Cinq sont encore bien portants, l'aîné est mort à l'âge d'un an, probablement de broncho-pneumonie. La femme B... nie avoir jamais été malade. Elle a eu ses dernières règles en mars 1897 et sa grossesse a été tout à fait normale.

12 février 1898. — A 1 heure du matin, elle ressentit les premières douleurs et fit demander une sage-femme. Celle-ci après l'avoir examinée, donna le conseil de la faire transporter à la maternité, en déclarant qu'une opération était nécessaire.

A l'examen à son entrée, on trouve au palper le sommet mobile au détroit supérieur et en position gauche. L'examen est du reste rendu difficile par une distension très grande de l'utérus dans lequel il y avait un excès de liquide amniotique et par une tétanisation pour ainsi dire constante des parois de l'organe.

La dilatation est complète, la poche des eaux volumineuse, arrive, à l'orifice vulvaire, la partie fœtale reste très élevée.

Les bruits du cœur paraissent assez bons, quoique par moment ralentis et un peu sourds.

On rompt les membranes en maintenant la tête fatale au

détroit supérieur et on recueille 1.150 grammes de liquide amniotique.

Il se produit une procidence du bras qui fut très facilement réduite. On constate aussi que le bassin est rétréci car le promonto sous-pubien mesure 10 cm. 1/4.

Après la rupture des membranes, la tête s'engagea peu à peu et descendit lentement en position gauche.

A 9 h. 3/4. nous vîmes la malade avec M. Boissard. Nous fûmes frappés par le volume considérable de l'utérus, bien que la poche des eaux ait été rompue, bien que le sommet soit profondément engagé. Le fond de l'organe remontait au niveau de l'appendice xiphoïde qu'il levait pour ainsi dire en avant.

Les parois de l'utérus étaient constamment tendues, d'une régularité parfaite et sans aucune saillie anormale.

Quand une contraction utérine survenait, l'utérus semblait diminuer de volume et l'appendice xiphoïde n'était plus refoulé en avant et reprenait sa place normale.

L'état général était excellent, la malade n'accusait aucune douleur, son facies était régulier, sa température normale.

A quoi pouvait tenir le volume considérable de l'utérus ?

On ne constatait aucun signe de grossesse gémellaire. L'idée d'un fibrome coiffant le fond de l'utérus fut émise par un assistant, mais il n'en existait pas de symptômes bien nets.

Les battements du cœur fœtal étaient bons, la tête étant profondément descendue dans l'excavation, la malade n'accusant aucune douleur en dehors des contractions, on pensa que l'accouchement se terminerait spontanément.

A 11 heures, comme on avait constaté que l'utérus avait

changé de forme, qu'il n'y avait plus une masse globuleuse mais une sorte de fuseau double en forme de sablier, on se décide à intervenir.

La femme n'avait pas perdu de sang, son état général était toujours très bon. Les battements du cœur fœtal étaient très ralentis et très sourds.

M. Boissard fait une application de forceps sur la tête en O. I. G. T.

Pour dégager le front il rencontra une grande résistance. Malgré les tractions la tête restait en place, M. Boissard désarticula alors le forceps et acheva le dégagement de la tête en faisant glisser le périné en arrière.

La difficulté pour terminer l'accouchement s'accentua lorsque M. Boissard exerça des tractions pour dégager les épaules. L'antérieure ne venait pas se placer sous la symphyse, elle restait retenue au-dessus du bassin. Un aide constata alors que les parties fœtales étaient très facilement accessibles derrière la paroi abdominale. Enfin la résistance céda et l'extraction du fœtus put être terminée. Presque immédiatement après, la délivrance se fit spontanément. L'enfant était mort ; les efforts pour le ranimer furent inutiles, il pesait 3,950 grammes.

En introduisant la main dans les organes génitaux, on sentit à gauche une déchirure du col qui remontait sur le segment inférieur et vers le ligament large. Le pouce passant dans la déchirure du ligament large, sentait le ligament rond et la trompe.

Au-dessus se trouvaient les anses intestinales, avec la main gauche on essaya doucement de les amener vers la déchi-

rure mais elles ne vinrent pas se mettre en contact avec la main qui pratiquait le toucher.

Comme traitement, une grande injection d'eau bouillie fut faite dans l'utérus d'abord, puis dans la cavité qui correspondait à la déchirure. On fit passer 2 litres d'une solution de sublimé à 1 o/oo dans les deux cavités, puis plusieurs litres d'eau bouillie.

Un double tamponnement à la gaze iodoformée fut pratiqué l'un dans l'utérus, l'autre dans la cavité qui était en communication avec la déchirure. Un tamponnement vaginal complète le pansement.

La malade à son réveil ne paraissait pas souffrir, on la transporta dans le service d'isolement, on lui mit de la glace sur le ventre.

Dans l'après-midi des vomissements survinrent et l'agitation fut assez grande toute la nuit. Le pouls devint rapide, il s'éleva le 12 au soir à 140 pulsations, le 13 au matin à 108.

Quant à la température, de 37 au moment de l'accouchement, elle descendit à 36°2 pour remonter le 13 à 36°5.

Le lendemain nous retirâmes le double tamponnement, nous fîmes une injection de sublimé à 1 pour 8.000 dans la cavité utérine et dans la poche extra-utérine, injection suivie d'une grande irrigation d'eau bouillie. Nous refîmes le double tamponnement avec la gaze iodoformée et on continua les applications de glace sur l'abdomen.

La malade vomit pendant toute la journée, mais elle fut moins agitée, prit un peu de champagne et de rhum et on lui donna un lavement de 250 grammes de sérum. Le pouls oscilla autour de 120 et la température resta au-dessous de 37 degrés.

14 janvier. — Facies meilleur, vomissements diminuent dans la journée et cessent le soir, même traitement.

15 janvier. — Les vomissements reparaissent, la glace est continuée, même traitement.

16 janvier. — Vomissements cessent complètement, l'état général est très bon, la température est normale mais le pouls reste encore rapide.

17 janvier. — Même traitement.

19 janvier. — Le pansement est fait, mais la gaze pénètre à peine dans la poche. A partir de ce moment l'état de la malade n'a pas cessé de s'améliorer.

25 janvier. — Le tamponnement est définitivement retiré, on ne continue plus que les lavages.

8 février. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XIX

Otto Alberts, *Berlin, Klin. Woche*, XLV. 880

V-Pare, trente ans, rachitique à bassin rétréci par aplatissement.

Neuf heures après le début du travail, le col était complètement dilaté, la poche des eaux rompue depuis longtemps et la tête fœtale pressant sur le détroit supérieur, on observe une brusque cessation des douleurs expulsives et un relâchement du col. La respiration est un peu gênée, le ventre est extrêmement sensible à la pression et la malade accuse une douleur intense autour de l'ombilic.

Pas de trace de collapsus, pouls peu accéléré, hémorragie insignifiante. L'utérus dont les contours ne sont plus recon-

naissables à travers la paroi abdominale est de consistance flasque.

Un peu au-dessous de l'ombilic on perçoit nettement sous les téguments uu coude et un avant bras correspondant au fœtus. La tête est redevenue mobile au-dessus du détroit supérieur. On fait le diagnostic de rupture utérine et on opère une version et une crâniotomie.

Délivrance spontanée sans hémorragie secondaire.

Dans la journée même apparaît au-dessus de la branche droite du pubis une tumeur circonscrite de la grosseur du poing qui gagne ultérieurement la grande lèvre. La femme guérit.

Elle redevient enceinte immédiatement pour la sixième fois, mais elle succombe à la septicémie au septième jour de ses couches après avoir offert les signes d'une nouvelle rupture de l'utérus.

A l'autopsie, on n'a pu retrouver la cicatrice de la déchirure antérieure qui avait sans doute été le point de départ de la rupture mortelle. Celle-ci s'étendait transversalement à partir du col sur la paroi antérieure du corps utérin.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

I. — Avant l'expulsion du produit de conception

I. — Le fœtus est encore dans la cavité utérine.

Le mieux est de l'extraire par les voies naturelles, soit au moyen de forceps, soit en ayant recours aux diverses embryotomies.

La version est alors l'opération la plus dangereuse.

II. — Le fœtus est passé en totalité ou en partie dans la cavité abdominale.

Il faut avoir recours à la laparotomie avec hystérectomie subtotale.

II. — Après l'expulsion du produit de conception

I. — La plupart des ruptures de l'utérus doivent être traitées par l'hystérectomie abdominale subtotale.

II. — Nos observations démontrent qu'un certain nombre de ruptures de l'utérus sont justiciables du tamponnement précédé ou non de l'injection intra-utérine.

III. Le choix de ce traitement par le tamponne-

ment est basé sur certains signes cliniques propres à ces ruptures.

IV. — Ces signes cliniques sont :

1° L'hémorragie peu abondante ;

2° La contraction et la rétraction permanentes du globe utérin ;

3° L'absence d'infection indiquée par la température ;

4° Le shock profond de la femme rendant impossible toute intervention.

V. — Ce traitement sera complété par des injections sous-cutanées d'ergotine, suivies suivant les indications d'injections d'huile camphrée, de caféine, d'injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum, et par des applications permanentes de glace sur le ventre avec bandage compressif.

Vu : le Président de thèse,

BAR

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Vice-Recteur
l'Inspecteur de l'Académie

ISTRIA

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTS. — Klinische Woche. Berlin, XL, 5.880.

ANDRONESCO. — Considerazioni asupra ruptulori utero vaginale. Bucarest, 1894.

BAR. — Leçons de pathologie obstétricale. Paris, 1900.

BLASARD. — Thèse de Paris, 1899.

BOISSARD. — Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, novembre 1911.

BRAUN. — Drainage vaginal, 1874.

BRINDEAU. — In traité de Bar.

BROSSARD. — Thèse de Paris, 1891.

BRUNNINGS. — Monatsch. für Geburts, t. VII.

BUDIN. — Société d'Obstétrique de Paris, mars 1898.

Bulletin médical, 29 novembre 1911.

Bulletin de la Société anatomique, 1887, 1888, 1889.

Bulletin de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie, avril 1901.

CARIS. — Thèse de Bordeaux, 1898.

CHOBRAK. — Verhand der deustchen gesellschaft für Gynak., 1894.

COUVELAIRE. — Revue d'Obstétrique, 1903.

CRISTEANU. — *a*) Sur le traitement des ruptures complètes de l'utérus par hystérectomie abdominale totale (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, avril 1901).

— *b*) Sur le traitement des ruptures utérines avec une statistique de 77 cas (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, février 1902).

DAVID. — Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1906.

DELAGÉNIÈRE. — Chirurgie de l'utérus.

DEVILLEZ. — Thèse de Paris, 1870.

DEVÈZE. — Rupture spontanée de l'utérus (Montpellier médical, 1905).

Duhrssen. — Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin, 1896.
Faure. — Traité des suppurations pelviennes.
Fieux. — *a*) Journal de Médecine de Bordeaux, 1904.
— *b*) Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 1904.
— *c*) Bulletin médical de Paris, 1904.
Forné. — Thèse de Paris, 1900.
Gessner. — Semaine médicale, 1895.
Guéniot. — *a*) Thèse d'agrégation, 1866.
— *b*) Gazette des hôpitaux, 1890.
— *c*) Académie de Médecine, 1894.
Hart. — On the treatement of the ruptur of the uterus. Edimburg obst. soc., 1889-1890.
Hartmann. — Contribution à l'étiologie et au traitement des ruptures utérines (Zeitsch.f. Geb. und Gynœk. Berlin, LXIII).
Hepites. — Rupturi a la uteru. Bucarest, 1884.
Hubner. — Beitrag zur therapie des uterus ruptur, 1890.
Ivanow. — Centr. für Gynæk. Leipzig, 1899.
Jaille. — Thèse de Paris, 1886.
Joly. — Thèse de Paris, 1870.
Klien. — Arch. für Gynæk., LXII.
Korn. — Gyn. Gesellschaft. Dresden, 1897.
Krajewski. — Monats für Geburts und Gynæk., 1896.
Labusquière. — Thèse de Paris, 1884.
Leclère. — Thèse de Paris, 1899.
Lenoir. — Thèse de Paris, 1898.
Léopold. — Arch. für Gynæk., t. VII.
Lepage. — Société d'Obstétrique, octobre 1901.
Liven. — Thèse de Paris, 1903.
Mamlais. — Les Cicatrices utérines et leurs ruptures (Archives générales de Chirurgie. Paris, 1908).
Martin. — Congrès international de Rome, 1894.
Morel. — Thèse de Paris, 1897.
Merz. — Arch. für Gynæk, 1893.
Pajot. — Leçon clinique, 1884.
Peham. — Centralblatt für Gynæk. 1902.
Pistacek. — Zeitsch. f. Geburts und Gynæk., 1895.
Reverdin. — VII[e] Congrès de Chirurgie, 1893.
Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie de Bordeaux, mars 1899.
Ribemont-Dessaignes. — Traité.

Ricard. — Congrès de Chirurgie de Paris, 1896.
Schmitt. — Monats für Geburts und Gynæk., sept. 1900.
Schneider. — Central für Gynæk., 1898.
Schœffer. — München med. Woche, 22 octobre 1889.
Schrœder. — Zeitsch. f. Geburts und Gynæk, 1896.
Schultz. — Zur ætiologie und therapie uterus ruptur. Budapesth, 1891.
Scipiades. — De la rupture de l'utérus d'après 81 observations personnelles (Abhand. aus d. gebiet. des Geburt und Gynæk. Berlin, 1908).
Solowig. — Centralblatt für Gynæk., 1899.
Tissier. — *a*) Bulletin et mémoires de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1897.
— *b*) Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1906.
Trask. — American journal of medical science, 1848-1856.
Van der Pool. — Cent. für Gynæk., 1896.
Varnier. — Congrès de Nantes, 1891.
Vignes. — Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1911.
Voger. — Monatsh. für Geburts und Gynæk., t. VI.

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et Cie, 15, Rue Racine, Paris. — 1532-12